

# EL CUIDADO EQUILIBRADO COMO MODELO INTEGRADOR EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DIRIGIDO A LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: POSIBILIDAD Y DESARROLLO



**CEU**  
*Universidad  
San Pablo*



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL



POR SOLIDARIDAD  
**OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL**

## **EL CUIDADO EQUILIBRADO COMO MODELO INTEGRADOR EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: POSIBILIDAD Y DESARROLLO**

### Dirección y coordinación

Unión Democrática de Pensionistas (UDP)

### Organismos participantes

UDP en colaboración con la Universidad CEU San Pablo

### Financia

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Convocatoria  
Otros Fines de Interés Social

### Equipo Técnico

Modelo teórico/Intervención

María Dolores Ortiz Muñoz y Teresa Martínez Aparicio (UDP)

Metodología investigación

Cristina Noriega García y Javier López Martínez (Universidad CEU  
San Pablo)

### Sede central

Departamento de Dirección y Administración c/Alcalá, 178 bajo  
28028 Madrid. Teléfono 915420267 Fax 915427735

Web: [www.mayoresudp.org](http://www.mayoresudp.org). Email: [udp@mayoresudp.org](mailto:udp@mayoresudp.org)

## INDICE

EFICACIA PROGRAMA CUIDARELAX 2009-2016: PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADOR/A, RESPIRO Y DESCANSO PARA FAMILIARES DE PERSONAS DEPENDIENTES EN BALNEARIOS	7
1. Modelo teórico de "Cuidado Equilibrado" en el programa Cuidarelix	8
2. De la teoría a la práctica: desarrollo e implementación del modelo de cuidado equilibrado en el programa Cuidarelix	26
3. Participantes del programa	48
4. Eficacia del programa	66
5. Valoración global del programa	115
EL CAMBIO DE ACTITUDES DESDE EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO. LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS CUIDADORAS	118
1. Modelo teórico de cambios de actitudes desde el modelo de cuidado equilibrado	119
2. Validación de una escala desde el modelo de cuidado equilibrado	148
3. Prevención y promoción de la salud a través de una intervención en cambio de actitudes dirigido a familiares de personas en situación de dependencia	162
4. Prevención y promoción de la salud a través de una intervención en cambio de actitudes dirigido a	176
5. Conclusiones	186

EFICACIA PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA SALUD DE FAMILIARES DE PERSONAS A TRAVÉS DE LA INTERVENCIÓN CON PROFESIONALES	188
1. Marco teórico	189
2. Descripción del programa	192
3. Descripción de participantes	201
4. Valoración Pre-intervención	205
5. Valoración Post-intervención	246
6. Valoración del programa. Cuestionario de satisfacción	255
7. Limitaciones	259
8. Algunas recomendaciones para las acciones futuras	261
REFERENCIAS	263
DIFUSIÓN DE RESULTADOS	266
ANEXOS	268

## PREÁMBULO

Soñar y hacer realidad tus sueños; es de las experiencias más gratificantes a nivel profesional y personal que te puede ofrecer la vida. Saber que tu esfuerzo ayuda a favorecer una sociedad más sana, que no solo alivia sufrimientos y modifica pensamientos distorsionados sino que los previene, favoreciendo la calidad de los cuidados, el fortalecimiento de redes familiares / allegados y la vida en general, contribuyendo nuestra dedicación y horas de trabajo a que nuestra sociedad avance en igualdad, corresponsabilidad y justicia social, es una gran satisfacción. Es en definitiva una apuesta personal y profesional por mejorar la calidad de vida de todos/as.

Este sueño es parte de un mundo real, donde existe lo humano, lo cercano, la ilusión, el compromiso y el cariño. Gracias a nuestras familias y amigos/as que han entendido y apoyado siempre nuestro trabajo, soportado nuestros desvelos, transmitiéndonos ese abrazo tan importante cuando nuestro trabajo se desarrolla, a veces, lejos de nuestros domicilios. Gracias a cada uno de los participantes en los estudios por confiar en nuestro bien hacer. Gracias a todas esas personas que desde el altruismo máximo emplearon su tiempo en rellenar nuestros cuestionarios / escalas que nos permiten avanzar en el conocimiento. Desde los equipos de zona gracias a Sara y a Susana, que captaron e hicieron posible las experiencias piloto con

personas cuidadoras en Aragón y con Mujeres rurales no cuidadoras en Albacete. Gracias a Ángela que lidió con la base de datos. Gracias a todo el personal de los balnearios en Alhama de Aragón y en Cofrentes que ofrecieron toda la infraestructura y contexto humano y cálido de las intervenciones.

Queríamos garantizar la realización de buenas prácticas innovadoras conjugando siempre el desarrollo teórico con la buena práctica profesional desde un modelo de investigación- acción. Nuestro agradecimiento sincero a la Universidad CEU - San Pablo por acompañarnos siempre, desde la confianza en nosotras y por iluminarnos el camino a recorrer, con sus análisis de datos y apoyo metodológico, por estar siempre accesibles, por su implicación, dedicación, buen hacer y sobre todo por su calidad humana. Especialmente a Javier López y a Cristina Noriega que son un lujo tenerlos a nuestro lado.

Y como no, gracias a la Unión Democrática de Pensionistas y a todo su equipo, por creer de nuevo en nosotras, por propiciar el avance del conocimiento, por su compromiso con la sociedad en general pero en especial con esas personas cuidadoras, familiares cuidadores de sus mayores vulnerables en situación de dependencia. Por apostar siempre por favorecer el buen trato en corresponsabilidad social "yo te cuido, tú me cuidas".

Por último, nuestro profundo agradecimiento al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por elegir este proyecto para ser financiado y hacer posible la experiencia de investigación en este ámbito. Esperamos que el esfuerzo conjunto de todos

María Dolores Ortiz Muñoz y Teresa Martínez Aparicio

**EFICACIA PROGRAMA  
CUIDARELAX 2009-2016:  
PROGRAMA DE APOYO AL  
CUIDADOR/A, RESPIRO Y  
DESCANSO PARA FAMILIARES DE  
PERSONAS DEPENDIENTES EN  
BALNEARIOS”**



## **1. MODELO TEÓRICO DE “CUIDADO EQUILIBRADO” EN EL PROGRAMA CUIDARELAX**

La Ley 39/2006 del 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia, llamada “Ley de Dependencia”, puso en marcha el actual Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, generando un conjunto de Derechos subjetivos, con recursos, servicios y prestaciones.

En la definición de dependencia, se contemplan las razones que pueden determinar la misma y, por ello, desde la Ley, se incorporan los recursos que deberían ser necesarios para la realización de las actividades de la vida diaria y que configuran los niveles de autonomía personal, desarrollando una serie de requisitos para su previa valoración de situación de dependencia que en su Evaluación se determina por grados y permite el acceso a la cartera de servicios, recursos y prestaciones.

No es este el espacio de análisis y seguimiento del sistema, ya que existen organismos más preparados y con capacidad para ello, como ejemplo “El Observatorio de la Dependencia”, pero sí es importante reseñar que en el conjunto de la cobertura de necesidades de las personas en situación de dependencia queda un largo camino por recorrer en el que se garanticen sus derechos y en el que el Estado, es el único que debe de garantizar los mínimos necesarios para su desarrollo. (Pacto de Estado, Asociación de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 14-12-2016).

Desde el ejercicio profesional en el colectivo de la dependencia y de manera específica en el del Mayor, hemos ido constatando la necesidad de reflexionar sobre el modelo de intervención en el conjunto de la dependencia con este sector poblacional por entender que se dan realidades específicas y diferenciadas en el abordaje de su atención integral, así se da la circunstancia que, ante el mismo resultado valorativo de Grado de Dependencia en un menor de edad, en un adulto o en una persona mayor, los instrumentos, los profesionales, los recursos y los apoyos son diferentes aun estando todos encaminados al mismo fin. Además, es de considerar que el entorno que rodea a este colectivo en dependencia tiene un abordaje diferente, no solo de implicación sino de barreras en el cuidado, todo ello desde un modelo

centralizado en la persona objeto de la intervención y cuidados.

A este modelo, a partir de ahora le denominaremos **Modelo Clásico de Cuidado**.

Desde diferentes ámbitos profesionales, un conjunto de expertos en atención a la dependencia en el colectivo de mayores (psicológico, trabajador social, sanitario, de intervención social, etc) hemos intentado, por un lado, recoger nuestras experiencias de intervención y, por otro, desde el acumulado de años de trabajo con este colectivo y su entorno referencial para transmitir los resultados, la problemática e intentar ofrecer alternativas de mejora.

Los aspectos más destacables y coincidentes en la exposición se centraron en tres ejes fundamentales:

El primer eje hace referencia a la **valoración de los cuidados directos que reciben las personas mayores** en situación de dependencia, dentro de los diferentes agentes que intervienen en su cuidado

El segundo eje refiere a la **temporalidad de los cuidados en dependencia y valoración de las consecuencias derivadas de la misma**, sobre todo en los agentes directos del cuidado que son mayoritariamente realizados por familiares. Es necesario en este apartado reseñar la importancia del Modelo Clásico patriarcal, en donde el porcentaje mayor del cuidado directo recae sobre las mujeres (84%; IMSERSO, 2005), y que se denomina "feminización del cuidado" generando una sociedad con procesos de desigualdades y un alto coste personal. Los datos en torno a las consecuencias de Salud derivados del largo proceso de cuidados directos en dependencia están ampliamente recogidos entre otros por la OMS, en donde en algunos apartados, a este colectivo de cuidadoras se les denomina "*pacientes ocultas*".

Para completar el último eje, no podíamos dejar de realizar una mirada hacia una sociedad desde un modelo solidario que, por un lado, **demanda que la calidad de vida y los cuidados en dependencia tengan garante de dignidad y profesionalidad** y, por otro, **se olvide de los agentes que se ocupan de conseguir dichos objetivos**. Esta ausencia o carencia de la cobertura de todas las necesidades que requiere la integralidad de la acción quizá nos obligue a ser conscientes de la necesidad de implicarnos con un mayor compromiso social y, sin lugar a dudas, desarrollar más estrategias preventivas y de acción comunitaria. Una sociedad que se quiera denominar "desarrollada" no puede dejar en el olvido a todos y cada una de las partes integrantes del cuidado.

Estos elementos, a lo largo de mucho tiempo, nos han llevado a la necesidad de intentar realizar un diseño de intervención diferente en donde el modelo clásico centralizado en la persona objeto del cuidado en dependencia de larga duración se realice con otros parámetros, actitudes, miradas, metodología, agentes implicados y el convencimiento de su descentralización.

En resumen, intentar generar “Un Nuevo Modelo de Cuidado”,

## **1.1. UN NUEVO MODELO DE CUIDADO**

Las diferentes experiencias profesionales en el mundo del mayor y la dependencia han ido configurando un ajuste necesario entre lo existente a nivel teórico y el abordaje de las necesidades desde la praxis cotidiana.

El **equilibrio de un sistema de cuidado de larga duración** surge ante la detección de diferentes desajustes entre los elementos-agentes que intervienen en el mismo.

Por un lado, la obligación de garantizar la cobertura de las necesidades integrales de las personas en situación de dependencia. Por otro, una mirada solidaria y de apoyo a las personas que se ocupan de su cuidado de manera directa. Por último, pero no menos importante, el entorno que rodea a todo el conjunto de la dependencia.

Estos tres elementos que desde el marco teórico se contemplan en las diferentes intervenciones que configuran el cuidado de la dependencia, desde la práctica profesional fuimos visibilizando su inexistente cohesión en muchos casos y falta de reciprocidad responsable en otros. El trabajo de cada sector individualizado ha proporcionado un avance importante en el modelo de intervenir y de ahondar en la manera de mejorar cada uno de ellos, pero la realidad es que los resultados del conjunto de la mejora integral no están en relación directa al esfuerzo que con lleva su ejecución profesional, personal, y social.

Los análisis de los datos obtenidos de los diferentes sectores que intervienen en los cuidados de larga duración hicieron que un colectivo profesional de diferentes ámbitos académicos intervinientes en el cuidado intentásemos

realizar, por un lado, una **reflexión valorativa** y, por otro, la necesidad de **constatar empíricamente** y demostrar con ello las carencias y desajustes existentes, **con el objetivo de favorecer, mejorar y cohesionar el cuidado de larga duración en dependencia.**

Desde los diferentes agentes y sectores que intervienen en el cuidado de las personas mayores y la dependencia existen muchos estudios de organismos que se han ocupado de desarrollar, cada uno de ellos, análisis cuantitativos, cualitativos, y evaluativos de la situación actual de este colectivo con el objetivo de analizar necesidades, mejorar los resultados de la intervención y favorecer el estado de bienestar de las personas mayores en situación de dependencia (ej: IMSERSO, el observatorio de la dependencia, entre otros).

Este proceso ha permitido especializarse en los diferentes aspectos que intervienen en el cuidado de la dependencia. Se han invertido grandes esfuerzos profesionales en mejorar la salud específica que, sin lugar a dudas, ha dado como resultado la prolongación de vida de las personas mayores y en dependencia. **En pocos años se ha pasado de una temporalidad del cuidado corto a una de larga duración.**

Por otra parte, el antiguo modelo centralizado suponía, a niveles más globalizados, una perpetuidad y mantenimiento de un sistema de valores desde un modelo patriarcal denominados "domésticos", individualizados, con escasa proyección exterior, y con gran dosis de difusión de valores y creencias del macrosistema que han influido decisivamente.

Desde el mantenimiento del modelo tradicional de cuidar y el cambio producido en las últimas décadas en las características sociológicas de las estructuras familiares y sociales se han producido muchos desajustes. Esta sociedad, que ha hecho esfuerzos por adaptarse a estos cambios, no ha logrado incorporar los suficientes elementos favorecedores para el abordaje de este avance de temporalidad y de cuidados más especializados y de dedicación de estos.

A pesar de los esfuerzos desde el sistema público, tampoco se ha podido dar cobertura a la demanda de las necesidades existentes en este sector. Todo ello acompañado, una vez más, del modelo de mantenimiento histórico del cuidado en el ámbito familiar, pese a los diferentes cambios existentes en el conjunto de nuestra sociedad.

Para terminar, no podemos olvidarnos de la realidad de la feminización del

cuidado ampliamente estudiada y con recomendaciones específicas en los documentos publicados, entre otros, por el Ministerio de Igualdad (2008), con el objetivo de avanzar hacia una sociedad más justa e igualitaria y con un reparto más equilibrado y sostenible.

En resumen, nuestro modelo teórico parte de una realidad, de una amplia experiencia profesional y de una profunda reflexión sobre cómo estamos organizando en nuestra sociedad el cuidado de larga duración en dependencia con profundo convencimiento de que teníamos que **cambiar el modelo tradicional de cuidar**.

Teníamos la oportunidad de demostrar que el cambio a otro modelo de cuidado era necesario y beneficioso para el conjunto de la sociedad, en especial, para aquellas personas implicadas en el cuidado directo de sus familiares y/o allegados. Con responsabilidad profesional, compromiso e ilusión nos lanzamos a implementar e ir dibujando lo que actualmente denominamos **“Modelo de Cuidado Equilibrado”**.

## **1.2. OBJETIVOS DE ESTE PROYECTO**

La descentralización del sistema de cuidados es la alternativa paradigmática al obsoleto y poco eficaz **modelo tradicional de cuidado** que, como se ha aclarado anteriormente, ha dado lugar a consecuencias adversas tanto en las **condiciones de salud** de los agentes responsables de ejercer los cuidados (fundamentalmente mujeres), como en el mantenimiento de **situaciones de desigualdad y pérdida de oportunidades** de quienes han protagonizado la acción de protección directa del mayor dependiente.

Un supuesto básico que interesa recalcar es que el **sistema nuclear de cuidado**, constituido por el binomio cuidador-sujeto receptor de cuidado (en nuestro caso “mayor dependiente”), no es una realidad discreta que empieza y concluye en sí misma desde la estricta esfera de lo privado. El sistema nuclear de cuidado tiene una trascendencia de amplio espectro, que se irradia al resto de la red social, se trasmite, se modela y se reproduce y, a fin de cuentas, “crea una cultura del cuidado” que se configura desde los mismos supuestos, procedimientos y actitudes que determinan una forma de proceder en la praxis diaria.

Este ascenso desde el centro a la periferia a su vez revierte en los individuos en una relación dialéctica, creándose una **resocialización** que tiende a perdurar los procedimientos y los sistemas. Es por ello por lo que el sistema de cuidado hay que entenderlo desde una **visión en perspectiva y descentralizada**, que va más allá de la situación concreta constituida por los dos polos del cuidado, como ha venido haciéndose de forma restrictiva y excluyente en el modelo tradicional de cuidado.

En resumidas cuentas, solo una visión en perspectiva, integradora y dialéctica nos permitirá no solo un adecuado análisis y comprensión del fenómeno del cuidado, sino que alumbrará una forma particular de praxis, centrada en la intervención en el escenario social, próximo, donde se reproducen los diferentes **estilos de organización del cuidado**.

Como se ha indicado, existen criterios basados en la evidencia, que nos han proporcionado la experiencia propia de implementar nuestro modelo de “**Cuidado Equilibrado**” a través del programa CUIDARELAX. Constatamos el impacto, a veces muy negativo del cuidado sobre las condiciones de salud (conceptualizada desde un amplio espectro, como pérdida de bienestar bio-psico-social) así como la perpetuidad de situaciones de desigualdad en cuanto a la asunción de cargas, responsabilidades y de pérdida de oportunidades personales, de ocio y laborales, que nuevamente se confirma sigue recayendo fundamentalmente sobre la mujer (“por el hecho de serlo”). Todo esto nos llevó a ver lo evidente, debíamos avanzar en la **comprensión del fenómeno desde la perspectiva de género**.

Los cambios en el estilo de cuidado, desde una perspectiva integradora y descentralizada, que supere modelos típicos del patriarcalismo histórico, supondrían un cambio en cuanto a la asunción de roles, la igualdad en el reparto de la carga y las responsabilidades (división equitativa del trabajo) y, con ello, la neutralización progresiva de aquellas condiciones de pérdida y estrés generadoras de patologías (ej: ansiedad/estrés, trastornos afectivos, deterioro de las relaciones de pareja y familiares, decremento de la participación social y pérdida de red primaria de apoyo, enfermedades cardiovasculares, etc), así como el incremento de la eficacia y de la satisfacción en el cuidado. A su vez, las mejoras en cuanto a la **satisfacción con el cuidado**, repercuten directamente en una optimización en la calidad de los cuidados cuyo beneficiario directo es la persona en situación de dependencia.

Todo ello ha constituido los objetivos de la intervención en el programa

CUIDARELAX. Es más, la razón fundamental de la intervención, desde la perspectiva de los individuos protagonistas del sistema de cuidado.

Los cambios en el estilo de cuidado favorecen asimismo **cambios culturales** del cuidado (a nivel del macrosistema socio-cultural). Estos cambios, deben forjarse inexorablemente desde el **cambio de actitudes y valores** que han venido favoreciendo y sustentando el modelo tradicional de cuidado, como podrían ser, valores próximos al "cuidado abnegado y autoexcluyente" hasta todos los que redundan en situaciones de pérdida y división desigual del trabajo en la figura que ostenta el cuidado.

Este quizá sería el objetivo final del programa propuesto: este cambio de nivel del macrosistema, un elemento transformador de cultura, que integre de manera creciente a sectores diversos de la sociedad, en el que se incluyan instituciones, servicios públicos, individuos y familias.

El CUIDARELAX surge y se posibilita por la acción conjunta de diversos sectores sociales: personal técnico con amplia experiencia en la atención psicosocial a personas mayores en situación de dependencia y su entorno familiar, organizaciones estatales y movimientos asociativos, irrumpiendo con fuerza en el año 2010 y desarrollando su acción en diversas zonas de la geografía nacional.

En su lado más visible es un programa de intervención directa, cuyo centro de interés ha estado constituido por personas cuidadores principales y de apoyo de personas mayores en situación de dependencia y larga duración en el cuidado

Pero el CUIDARELAX no se limita a un modus operandi, con una estructura y dinámica determinadas, que se uniría categorialmente a otras formas similares de intervención social.

EL CUIDARELAX es un programa en el que se ha aunado la implementación de un nuevo modelo teórico unido a la investigación y constatación teórica desde la praxis. Una metodología que nos permite una labor analítica de la realidad social y una evaluación pormenorizada de los resultados, a través de la recopilación sistemática de datos y una retroalimentación que nos ha permitido constatar nuestro modelo explicativo el "**Cuidado Equilibrado**".

Por tanto, el nuevo modelo teórico implementado, lejos de ser un programa más de intervención transversal, tiene una proyección de futuro, que permite

nuevas formas de actuación y abre un campo importante dentro de la investigación psicosocial, sanitaria y del ámbito de políticas de igualdad.

Nos gustaría que desde este breve documento se visualizara el modelo del cuidado equilibrado, el porqué, el para qué y el cómo fuimos capaces de diseñar e implementar una intervención que nos ha llevado a argumentar la necesidad de proponer cambiar todo el paradigma actual del cuidado desde un modelo centralizado a un modelo descentralizado abordando la perspectiva de género.

Quizás, imaginando el futuro, nos encantaría también que lo escrito en las siguientes páginas fuese una referencia y un inicio para el diseño de intervenciones innovadoras futuras en la aplicación del este nuestro modelo.

### **1.3. LA NECESIDAD DE CAMBIAR**

Antropológicamente, los seres humanos tenemos incorporado desde nuestros orígenes el cuidado de nuestros congéneres en situación de dependencia. Ya los homínidos cuidaban a sus mayores y a los miembros de su grupo en situación de dependencia. Quizás el cuidado de los otros nos hizo, entre otros aspectos, más humanos colaborando a que sobreviviéramos como raza y especie.

Actualmente existen evidencias claras de esta realidad. Son varios los restos fósiles que se han ido encontrando por diferentes investigadores en diferentes yacimientos arqueológicos prehistóricos Atapuerca (España), Dmanisi (Georgia), La Chapelle aux Sains (Francia). Recordar como ejemplo dos de ellos encontrados en la Sierra de Atapuerca, "Benjamina", la niña de la sima de los huesos que nació con fusión prematura de los huesos craneales lo que seguramente le ocasionó una discapacidad. Otro caso es el de "Miguelón" que parece que padeció terribles infecciones bucales que perforaron su mandíbula y que no le dejaron masticar. Ambos individuos vivieron hace 450.000 años. Seguramente, ambos eran muy dependientes de su grupo y por sí solos no hubieran podido sobrevivir y, sin embargo, lejos de ser considerados lastres y abandonarlos, los cuidaron. *Es posible que lo que lo que nos hizo humanos, entre otros aspectos, fuera sobrepasar la propia supervivencia y comenzar a atender a los otros* cuando padecían enfermedades que requerían de cuidados



y de ayuda.

Probablemente, lo primero que se originara fuera un sistema de cuidados grupal que con el paso del tiempo se transformó en cuidados gremiales de la familia más cercana y que ha ido a lo largo de los tiempos perdurando. Como consecuencia, **el ser humano siempre ha cuidado desde la implicación afectiva y el compromiso con su grupo de referencia** familiar y nuclear. La organización de los cuidados dentro del ámbito familiar y/o de los allegados más próximos, se ha centrado desde hace muchas generaciones en organizar prioritariamente “el mejor cuidado” de aquel miembro con enfermedades y en situación de dependencia. Se trata de un modelo, por tanto, centrado en el cuidado de aquel miembro familiar con necesidad de ayuda para su supervivencia.

Desde mediados del siglo XX, en algunas sociedades consideradas como más desarrolladas, hemos asistido a un fenómeno novedoso en la historia de la humanidad: el **aumento generalizado de la esperanza de vida**. Este hito histórico se ha producido no solo en la población en general, sino también en aquellas personas que padecen enfermedades incapacitantes y, por tanto, necesidad de ayuda diaria (personas en situación de dependencia). Como consecuencia, **los cuidados de larga duración han pasado de ser minoritarios a convertirse en situaciones cotidianas en nuestra sociedad**. Actualmente, España se encuentra entre los países con mayor esperanza de vida del mundo y se enfrenta a un gran reto de reorganización social y por tanto de los cuidados.

Estas sociedades tienen personas cuidadoras que en anteriores épocas habían sido cuidadas por su entorno generacional más fuerte y joven. Su media de edad se ha prolongado no solo para las personas cuidadoras, sino también en el largo periodo de cuidado de las personas objeto de los cuidados. A todo ello hay que incorporar que en muchas unidades familiares se mantienen las funciones afectivas del cuidado de la infancia. Nos encontramos, por tanto, con una población que habiendo entrado en una edad de jubilación, frecuentemente son **dobles cuidadores**, por un lado, de sus progenitores o parejas sentimentales y de otros allegados envejecidos y/o en situación de dependencia, y además, son cuidadores de sus nietos o infancia cercana por motivos, en algunos casos, de elección propia y, en otros, motivada por situaciones económicas y de desajustes sociales, siendo el sostén de las unidades familiares en situación de crisis.

Este fenómeno que nunca se había producido hasta hace pocas décadas supone un gran reto y requiere de una organización diferente del sistema social

en su conjunto, incorporando nuevas estrategias para conseguir el mismo propósito: seguir cuidando de nuestros seres queridos. Pero, al mismo tiempo, se hace necesario **amortiguar las consecuencias que el alargamiento del tiempo dedicado a las tareas de cuidar** en dependencia desde el modelo clásico tiene sobre las personas cuidadoras principales (ej. síndrome del cuidador/a).

La evolución demográfica ha transformado nuestra sociedad y, por tanto, la aplicación del modelo tradicional del cuidado que servía en el corto tiempo de cuidado, exige ser modificado al aplicarse al cuidado de larga duración. El porcentaje de personas con enfermedades que requieren de cuidados larga duración es elevado en nuestras sociedades. Como muestra de enfermedad prototipo que requiere cuidados de larga duración podemos citar la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, cuya incidencia se incrementa de forma exponencial a partir de los 65 años. Podríamos estimar que tan solo con este tipo de enfermedades, uno de cada cuatro hogares españoles tendría algún miembro familiar allegado con esta enfermedad.

En el modelo clásico de cuidado se ha priorizado ofrecer el mejor cuidado del familiar mayor en situación de dependencia centrando las tareas y responsabilidades en las

personas cuidadoras principales familiares. Quizá esta fórmula, transmitida culturalmente en nuestra sociedad, sea la más adecuada y equilibrada cuando el periodo de cuidado es corto (días, meses). Este modelo ha perdurado porque el tiempo de realización permitía no llegar al desajuste de la estructura familiar, el desequilibrio emocional y de la salud en general, todo ello sumado a la construcción social de roles asignados en función al género y al modelo socioeducativo y de organización social. Sin embargo, con la actual esperanza de vida, nos enfrentamos a situaciones de cuidados de larga duración donde centrar las tareas de cuidado en una única persona (cuidador/a principal) aboca al deterioro de su salud física y mental, así como sus relaciones familiares y de pareja.

**Es ineludible un cambio de modelo** de cuidar desde la perspectiva de género, no solo porque las personas cuidadoras principales son en su mayoría mujeres, sino además porque existen diferencias en las personas mayores en situación de dependencia en función del género, siendo el de mayor porcentaje mujeres (feminización del cuidado). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud recomienda que a partir de los 55 años se incorporen programas preventivos de salud, "hábitos saludables", siendo paradójico y contradictorio que en estos

momentos, a este colectivo se le incrementa el nivel de responsabilidades, de trabajo y de compromiso con su entorno afectivo lo que, sin lugar a dudas, no solo no favorece el cumplimiento de los objetivos recomendados, sino, lo que es peor, los dificulta.

El cuidado cuando se producía en épocas anteriores formaba parte de periodos cortos del ciclo vital. Sin embargo, los cuidados de larga duración han pasado a ser una parte fundamental y habitual de la estructura social del momento en el que vivimos. Por ello, es necesario plantear nuevos retos, como raza humana. Hay que incorporar el cuidado de larga duración en una sociedad que permita el desarrollo equilibrado en su conjunto, en donde cuidar no sea sinónimo de que las personas responsables cuidadoras principales se dejen la vida en ello y en aras a una premisa mal entendida de protección desequilibradora, también le vaya la vida a su entorno.

Como resultado, es necesario reflexionar sobre el análisis del cuidado para realizar un **abordaje del cambio de modelo y de valores en el cuidado**. Es importante cambiar y ajustar las estrategias empleadas con las personas cuidadoras principales, con sus familiares, su entorno y la sociedad en general.

La necesidad de cambiar el modelo de cuidado se fundamenta, además, en que en un cuidado responsable se dan sentimientos y respuestas que bloquean la toma de decisiones adecuadas, en muchos casos, por las personas en situación de dependencia, por las personas cuidadoras principales, por el entorno cercano al cuidado y por la sociedad en general. Todo ello, son sumatorios que obligan a realizar necesariamente **cambios que favorezcan, apoyen y proporcionen respuestas de responsabilidad social** y no abandonen la mirada del cuidado desde un modelo centralizado y reduccionista. No se debe solo contemplar a la persona objeto del cuidado y a la persona cuidadora principal, sino que es necesario incorporar una transformación que incluya a las personas cuidadoras de apoyo, al conjunto familiar y al resto de la sociedad desde los diferentes ámbitos de intereses, hasta ahora, partidistas en unos casos y en otros acomodados e inmovilistas.

## 1.4. EL CAMBIO DE PARADIGMA EN EL CUIDADO DE LA DEPENDENCIA: DEL CUIDADO CENTRALIZADO AL MODELO DESCENTRALIZADO

Cambiar el paradigma del cuidado de larga duración es apostar por cambiar los modelos clásicos de cuidado centralizado, en donde la prioridad y objetivo exclusivo era atender a las necesidades de la persona dependiente (que configura y condiciona a su vez “un estilo abnegado de cuidado”, por parte del entorno protector próximo) en donde las consecuencias emocionales individuales y del entorno están mediatizadas por los vínculos afectivos relacionales y por ese modelo tradicional de cuidar, sin olvidarnos de otras variables que afectan porque son personas de nuestro ámbito familiar y/o allegados afectivos. por un **modelo descentralizado** e integrador, en que se reconoce la importancia de la realidad del resto de los componentes del sistema de cuidado, como elementos sensibles; dicha sensibilidad, se proyecta en una apreciación de la realidad de cada uno de ellos, sus necesidades y ajustes personales -e interpersonales-.

Esta visión integradora, va a redundar, en un primer análisis, micro-sociológico, en dos aspectos fundamentales, primero, en una mejora de la calidad de la relación de cuidado y en un segundo lugar, por la consecución de un estado de salud y bienestar bio-psico-social por parte de todos los integrantes implicados en dicha relación de cuidado.

Es necesario valorar la importancia del modelo patriarcal del cuidado para entender la asignación de roles del mismo y sin lugar a dudas intentar demostrar que no se ajustan a un desarrollo que favorezca, la justicia social, la igualdad de derechos humanos y por tanto genera desajustes y desequilibrios sociales y personales.

Es necesario e imprescindible cambiar el modelo de cuidado en los casos de cuidados de larga duración. Hay que construir nuevos modelos teóricos y prácticos del cuidado en dependencia. En este contexto, Ortiz y Martínez proponen el paradigma de un modelo descentralizado, el “modelo del cuidado equilibrado”. En el que se mantiene que cuidar equilibradamente supone mejoras integrales en todos los elementos que intervienen en el sistema del cuidado.

El **cuidado responsable** de la persona afectada, favorece un buen trato personalizado ajustado a sus necesidades de cuidado, eliminando prácticas inadecuadas. Dignifica a la persona en situación de dependencia empoderando su derecho a un trato digno como ser humano. Además, este modelo garantiza la seguridad, favorece la eliminación de miedos y sentimientos de culpa. Cuestiona algunos comportamientos de organización del cuidado con conductas sobreprotectoras que generan mayores niveles de dependencia física y/o emocional. Todo ello amortigua el impacto emocional negativo en la persona en situación de dependencia vinculado a los sentimientos de ser una carga para sus familiares ofreciendo un entorno de cuidado que garantiza la seguridad y el equilibrio emocional.

Generar en la sociedad una cultura de organización del cuidado desde el modelo de "cuidado equilibrado" traerá como consecuencia, unos menores costes en salud, al tiempo que contribuirá al fortalecimiento de las redes de apoyo social. Además, este nuevo modelo supone abordar programas de intervención preventivos que favorezcan y propicien organización del cuidado desde el inicio con la eliminación del modelo clásico patriarcal del cuidado, potenciando los elementos positivos y satisfactorios del cuidado, amortiguando los elementos negativos que perjudican la salud y que producen diferentes desequilibrios en sus vidas.

Por todo ello, organizar el cuidado de la persona mayor dependiente desde el modelo descentralizado del **cuidado equilibrado** requiere integrar los siguientes aspectos fundamentales considerando la perspectiva de género (Ortiz & Martínez, 2013):

- Favorecer el **cuidado responsable del familiar objeto de atención**.
- Favorecer el **autocuidado** de la persona cuidadora principal.
- Asegurar la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de la persona cuidadora principal garantizando la **co-responsabilidad** en el cuidado.

En cualquiera de las formas posibles de organizar el cuidado de larga duración de una persona en situación de dependencia deberían de estar incorporados y tenidos en cuenta estos tres elementos, que definen todo un sistema de cuidado. Y debería idealmente lograr establecer un equilibrio, a veces difícil, donde todos los ejes sean contemplados y ninguno anulado, buscando el ajuste más favorable de manera proporcional e igualitaria.

Se contempla en este modelo una mirada a la persona en situación de

dependencia que no puede subsistir sin alguien que le cuide, por eso en el centro del modelo situamos no a personas sino a la **relación de cuidado que se establece entre ambos**. Con cuidar no basta, el cuidado debe de ser “**responsable**”. Este adjetivo cargado de valores asegura y garantiza el buen trato, la dignidad, la calidad y calidez en la atención de la persona más vulnerable.

Es imprescindible hacer una mirada responsable hacia **la persona cuidadora principal** que por su importancia y por las posibles consecuencias derivadas de asumir el cuidado necesita que se proporcione medidas para asegurar su calidad de vida y su desarrollo personal. **Favorecer y sensibilizar a este colectivo tan vulnerable para que se cuide**, va mucho más allá de indicarles y/o formarles, intervenciones necesarias pero no suficientes, es preciso además **ofrecer ocasión y oportunidad para que lo puedan realizar**.

Por último, se debe contemplar la construcción de una sociedad inclusiva, donde cuidar forme parte natural del vivir desde un modelo flexible, descentralizado e integrador en donde se contemple la realidad de todos los componentes activos del sistema del cuidado como elementos esenciales de la realidad de cada uno de ellos en donde es imprescindible valorar las necesidades y los ajustes en su conjunto.

En resumen, mejorando la calidad de la relación del cuidado y favoreciendo un estado de bienestar bio-psico-social de todos los elementos implicados en el mismo. Es necesario por tanto **compartir las responsabilidades** del cuidado e incorporar a la sociedad en su conjunto.

Resaltar que en las tres dimensiones contempladas en el “modelo de cuidado Equilibrado” para que cumplan los criterios de justicia social, de igualdad de derechos humanos y equilibren los desajustes sociales y personales, hay que abordar todo el proceso de sociabilización y los elementos intervinientes desde **la perspectiva de género**.

## 1.5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL “SISTEMA DE CUIDADO”

En la representación gráfica del modelo que hemos desarrollado, el sistema de cuidado se representa como una diana de círculos concéntricos, donde en el centro situamos la **relación de cuidado**. Rodeando al centro se van incorporando todos aquellos elementos que intervienen de mayor a menor implicación directa en el cuidado.

Esta representación gráfica puede ser útil para visualizar cómo, desde un modelo centralizado, las presiones van desde fuera hacia dentro generando niveles de presión sumatorios en la persona cuidadora principal y en la relación del cuidado. Mientras que, desde el **modelo descentralizado del cuidado equilibrado** que proponemos se invierte la presión ejercida sobre la **persona cuidadora principal** para liberarla desde poder compartir e incluir las responsabilidades del cuidado (corresponsabilidad) de todos los elementos del sistema de cuidado.



El cambio de modelo de cuidado, desde una perspectiva descentralizada, contiene elementos centrífugos, en tanto que no se limita a una interiorización de valores y filosofías obsoletas, sino que tiene un componente que va a redundar, de forma inexorable, en un **cambio social**, en un replanteamiento ideológico que va a constituir la verdadera esencia del cambio. Y, en ese cambio de valores, es ineludible la comprensión de la perspectiva de género y sus implicaciones tanto en el cuidado directo, como en el microsistema del cuidado.

## **1.6. CONSECUENCIAS Y DESEQUILIBRIOS EN EL CUIDADO**

El mantenimiento de un modelo centralizado en el cuidado de larga duración en dependencia casi siempre tiene consecuencias devastadoras en todo el sistema de cuidado. También, si en la organización se ignora alguno de los ejes fundamentales o se sobredimensiona anulando a otros, pueden existir desequilibrios que perjudican a todo el conjunto. Es lo que denominamos “**desequilibrios por exceso y por defecto**”.

Entendemos bajo nuestro modelo que los tres elementos (cuidado responsable, cuidado de persona cuidadora principal, conciliación-corresponsabilidad), deben mantenerse dentro de unos parámetros flexibles pero cercanos al equilibrio medio, ya que los extremos en cualquiera de los tres elementos pueden desarrollar modelos no solo desajustados de cuidar, sino con consecuencias adversas alejadas del buen cuidar y en las que un elemento se beneficia a costa del perjuicio del resto.

Hemos clasificado en la siguiente tabla 1 algunos ejemplos de situaciones de los desequilibrios que hemos observado desde nuestra experiencia profesional y que, organizados desde nuestro modelo, representan ejemplos claros de cómo los extremos del exceso y el defecto dan como resultado situaciones perjudiciales que deben de ser detectadas para poder intervenir. Estas situaciones están expuestas desde los extremos. El extremo del exceso de dar todo el peso a un parte frente al extremo del defecto de no contemplar en absoluto o no dar ningún valor a la misma (ver tabla 1).



Tabla 1. Situaciones de desequilibrios en el cuidado de un familiar

<b>CUIDADO RESPONSABLE DE UN FAMILIAR</b>		
<b>EN SITUACION DE DEPENDENCIA</b>		
<b>ELEMENTOS DEL CUIDADO EQUILIBRADO</b>	<b>Desequilibrios por Exceso</b>	<b>Desequilibrios por Defecto</b>
	➔ Desequilibrios Familiares.	➔ Maltrato.
	➔ Comportamientos de la persona cuidadora principal.	➔ Negligencia en el cuidado.
	➔ Exigentes / tiranía con el entorno de cuidado	➔ Riesgos para la salud del familiar en situacion de dependencia.
	➔ Agotamiento / extres.	
	➔ Riesgos para la salud de la persona que cuida.	
	➔ Riesgo duelo complicado tras el fallecimiento del familiar en situacion de dependencia	

<b>CUIDADO DE LA PERSONA CUIDADORA</b>		
<b>ELEMENTOS DEL CUIDADO EQUILIBRADO</b>	<b>Desequilibrios por Exceso</b>	<b>Desequilibrios por Defecto</b>
	➔ Claudicacion de cuidados.	➔ Abandono - síndrome del cuidador / a
	➔ Delegacion del cuidado exigente/ tiranía en la delegacion del cuidado	➔ Potencia los aspectos negativos derivados del cuidado
	➔ Sobregarga de los recurso de apoyo.	➔ Agotamiento del entorno de cuidado.
	➔ Desequilibrios en derechos y deberes.	

<b>CONCILIACION / CORRESPONSABILIDAD</b>			
<b>ELEMENTOS DEL CUIDADO EQUILIBRADO</b>	<b>#</b>	<b>Desequilibrios por Exceso</b>	<b>Desequilibrios por Defecto</b>
	<b>Personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Claudicación de cuidados.</li> <li>➔ Delegación del cuidado exigente/ tiranía en la delegación del cuidado</li> <li>➔ Sobregarga de los recurso de apoyo.</li> <li>➔ Desequilibrios en derechos y deberes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Abandono - síndrome del cuidador / a</li> <li>➔ Potencia los aspectos negativos derivados del cuidado</li> <li>➔ Agotamiento del entorno de cuidado.</li> </ul>
	<b>Pareja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Claudicación de cuidados.</li> <li>➔ Delegación del cuidado exigente/ tiranía en la delegación del cuidado</li> <li>➔ Sobregarga de los recurso de apoyo.</li> <li>➔ Desequilibrios en derechos y deberes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Crisis de Pareja</li> <li>➔ Sensación de Impotencia</li> <li>➔ Sentimiento de soledad en pareja</li> <li>➔ Desestabilización de la estructura familiar</li> </ul>
	<b>Familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Claudicación de cuidados.</li> <li>➔ Delegación del cuidado exigente/ tiranía en la delegación del cuidado</li> <li>➔ Sobregarga de los recurso de apoyo.</li> <li>➔ Desequilibrios en derechos y deberes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Ignorar las necesidades y proyecto de vida de otros miembros familiares.</li> <li>➔ Sentimiento de abandono efectivo familiar.</li> <li>➔ Desequilibrios familiares</li> <li>➔ Comportamientos del cuidador/a principal exigente/tiranía con el entorno de cuidado familiar.</li> </ul>
	<b>Laboral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Claudicación de cuidados.</li> <li>➔ Delegación del cuidado exigente/ tiranía en la delegación del cuidado</li> <li>➔ Sobregarga de los recurso de apoyo.</li> <li>➔ Desequilibrios en derechos y deberes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Abandono de la actividad / carrera laboral.</li> <li>➔ Falta de crecimiento laboral.</li> <li>➔ Merma económica</li> </ul>
	<b>Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Claudicación de cuidados.</li> <li>➔ Delegación del cuidado exigente/ tiranía en la delegación del cuidado</li> <li>➔ Sobregarga de los recurso de apoyo.</li> <li>➔ Desequilibrios en derechos y deberes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Aislamiento.</li> <li>➔ Soledad.</li> </ul>

## 2. DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO EN EL PROGRAMA CUIDARELAX

Estamos en una sociedad acostumbrada a normalizar y dar como válida la forma de organizar el cuidado de nuestros seres queridos desde el cuidado clásico, sin ser plenamente conscientes de los costes añadidos que tiene su aplicación en el cuidado de larga duración. Cuando surge la posibilidad de diseñar el que al final fue el programa “Cuida-relax” era preciso reflexionar sobre cómo diseñar el mismo para implementar en las personas la necesidad de realizar cambios para mejorar. Teníamos que contemplar cómo lograr modificaciones de esta visión desde el proceso individual, pero sobre todo desde dar una visión del conjunto social que favoreciese la realización, si fuera necesario, de cambios de vida para establecer un mayor equilibrio entre todos los elementos que forman parte activa y pasiva del sistema de cuidado.

Se nos ofreció la posibilidad de realizar un [diseño de intervención innovador](#) que permitiera tomar contacto con las personas cuidadoras de larga duración de dependencia, que, por un lado, nos ofreciera profundizar y demostrar las consecuencias del cuidado desde el modelo clásico y, por otro, intervenir para implementar un nuevo modelo de cuidar que denominamos [EL CUIDADO-EQUILIBRADO](#). Para ello, se puso en marcha una herramienta que a lo largo de más de ocho años ha permitido consolidar la necesidad de un nuevo paradigma del cuidado: así nació el [Programa “Cuidarelay”](#).

### 2.1. LA UBICACIÓN DEL PROGRAMA: UN ENTORNO ALEJADO DEL CUIDADO

Consideramos la idoneidad de su implementación piloto en un balneario para realizar el programa Cuidarelay en cuidadores familiares. Sus instalaciones y servicios podían favorecer la implementación de nuestra intervención socio-psicoeducativa porque facilitaba elementos transversales para alcanzar nuestros objetivos de intervención:

- [Un logro de la gestión equilibrada del cuidado](#): asistir al balneario supone que el cuidador principal ha logrado delegar el cuidado de su familiar en

situación de dependencia en otra persona o institución priorizando en esta ocasión su autocuidado personal y familiar. Dándose una oportunidad para relajarse y concederse un capricho de bienestar y de salud.

- **Oportunidad de mejora relaciones familiares:** Al extender la intervención a las parejas o hijos/as de los cuidadores principales de personas mayores en un clima relajado, placentero y distendido.
- **Oportunidad de contacto entre cuidadores familiares:** el contacto y relación con personas que viven situaciones parecidas es beneficiosa no solo para paliar sentimientos de soledad, normalizar y desdramatizar la situación de cuidado sino como proveedora y facilitadora en si misma de recursos personales y sociales al favorecer la generación de redes de apoyo naturales entre cuidadores.
- **Descanso y oportunidad de ocio:** en los balnearios se proporciona el descanso, conseguir relajación, romper con la rutina favoreciendo la desconexión por unos días de la dinámica cotidiana y suponen la realización de una actividad de ocio gratificante, y abriendo la posibilidad de realizar otra serie de actividades.

El programa podía ser también beneficioso para los balnearios, ya que esta experiencia abría la posibilidad de poder ser incorporados en su caso en la cartera de servicios de respiro y apoyo familiar. Ofreciendo un nuevo servicio que pudiera aportar ganancias a estas empresas en tiempos de crisis. En esta línea imprescindible hacer referencia a los programas de vacaciones de personas mayores y de balneoterapia impulsados por el IMSERSO que conjugan desde hace años los beneficios en personas mayores del ocio con el impulso de la económico del sector empresarial involucrado.

El diseño de dicho programa favorecía que a través de espacios de Balnearios en estancia de un fin de semana pudiéramos realizar intervenciones con las personas cuidadoras y nos ofreciera una oportunidad de incorporar las herramientas de un nuevo Modelo de cuidado, el "Cuidado Equilibrado".

Por un lado, era necesario demostrar que en el modelo clásico se estaban dando desequilibrios y, por otro, ofrecer una alternativa para seguir cuidando desde la elección afectiva pero con instrumentos que demostraran la eficacia y necesidad de generar cambios más ajustados a todos y cada uno de los

elementos que intervienen en el cuidado de larga duración, de dependencia y además de personas mayores.

El entorno debería de dar oportunidad de acción a la teoría. El diseño del programa no pretendía ser una intervención formativa complementaria a una estancia en un entorno agradable termal sino, por el contrario, convertimos el espacio de relax en una herramienta que favoreciese el cambio. No solo íbamos a facilitarles datos, exponer nuestro modelo con una demostración de las herramientas asociadas, sino que iban a comprobar "in situ" algunos de los beneficios del "autocuidado". Así el programa de intervención sociopsicoeducativo lograría salir reforzado. Facilitábamos la "autoreflexión" con la finalidad de que al retorno a sus domicilios el colectivo de cuidadores /as, produjera cambios de mejora integral en la organización del cuidado de larga duración.

## **2.2. INCORPORACION EN LA INTERVENCIÓN DEL CUIDADO: PERSONAS CUIDADORAS DE APOYO**

Este lugar de ocio y desconexión nos permitía captar a otros miembros involucrados en el cuidado "personas cuidadoras de apoyo" incorporándolas como requisito necesario e imprescindible en la intervención grupal. El enganche para ambos era la gratificación de disfrutar de los beneficios de compartir un fin de semana alejado del cuidado y la formación para la organización del mismo. Las personas cuidadoras principales al compartir criterios, reflexiones y decisiones consensuadas de cambio con la persona que ellas mismas habían elegido para acudir al programa (cuidadores /as de apoyo) se sentirían más comprendidas. Asimismo, las personas cuidadoras de apoyo, aportarían una visión diferente de la situación desde el compromiso y la corresponsabilidad. Se convertían en un agente fundamental de apoyo para la persona cuidadora principal y para favorecer el cambio.

Por el perfil tan feminizado de personas cuidadoras principales, su edad y estado civil preveíamos, como así fue, que muchas elegirían a sus compañeros de vida, y que esto nos facilitaría de forma natural la inclusión en el programa de "hombres", especialmente dentro del perfil de "cuidadores de apoyo". Incorporarlos en la formación permitiría avanzar en los procesos de igualdad en el cuidado e intervenir desde la perspectiva de género, asegurando que no lo entendieran como un proceso de "enfrentamiento", sino como un proceso de mejora para todos/as especialmente para su situación particular en el que

estaban involucrados.

Esto conllevaba abordar una percepción ajustada de la vulnerabilidad de los agentes participantes (personas cuidadoras principales y de apoyo) y en algunos casos la necesidad de incorporar cambios inclusive de manera preventiva. Esta percepción de vulnerabilidad debía de ser manejada cuidadosamente para no ser una carga añadida sino, muy por el contrario, rebajar niveles de ansiedad y angustia.

### **2.3. ALEJARSE DEL CUIDADO "UN GRAN LOGRO DEL PROGRAMA"**

Al ir implementado el programa evidenciamos mucho más el gran valor de realizar el acierto de desarrollar el modelo de intervención alejado del entorno del cuidado.

Era beneficioso que las propias personas cuidadoras viviesen durante un fin de semana los beneficios de incorporar espacios de alejamiento en el cuidado de larga duración para, desde la distancia visibilizar su importancia para el autocuidado y su repercusión en fortalecer lazos afectivos con otras personas importantes en su vida, familiares, allegados y/o parejas. Facilitaba poder en cada caso identificar y visibilizar las presiones derivadas de asumir el cuidado, de las que generalmente no somos conscientes, ya que en el día a día las vivimos de manera normalizada y automatizada. Presiones originadas tanto a nivel individual como por nuestro entorno referencial.

Era un gran acierto dar la oportunidad de volver a experimentar los beneficios del ocio, del tiempo libre, del descanso del cuidado directo, ofrecer en resumen una oportunidad de acción para alejarse y demostrar los beneficios saludables y necesarios. Todo esto proporciona un marco muy favorable para desarrollar lo fundamental, la intervención grupal sociopsicoeducativa con cuidadores, que propicia la implementación de nuestro modelo, el del cuidado equilibrado.

Demostrar la importancia del equilibrio entre la palabra y la acción. **"No basta con transmitir la necesidad del autocuidado...hay que ofrecer oportunidad y la ocasión"**. De esta manera la persona cuidadora principal pasaba de esta forma del rol de cuidar al de ser cuidada y todo ello favorecido por un entorno agradable, intentando por un lado recuperar la capacidad de disfrutar y por otro de eliminar los sentimientos de culpa por ello.

Alejarse de la presión continuada del cuidado en dependencia, favorecer espacios de relajación y un entorno acogedor y agradable permitiría intervenir de una manera más favorecedora, valorando su proceso global de cuidado, empoderando su papel de persona cuidadora principal frente al sentimiento de invisibilidad y desgaste.

Que los usuarios/as del programa tuviesen que trasladarse y el programa no se desarrollara en el lugar donde viven fue un acierto también, porque permitió que el programa llegase a intervenir con personas cuidadoras tanto de pequeñas zonas rurales cómo los provenientes de núcleos grandes urbanos igualando el acceso al programa independientemente del territorio en el que viven. Es interesante destacar, que al ser un programa de intervención intensiva y alejado del entorno del cuidado todas las personas beneficiarias completaban el itinerario de formación intervención reduciendo al máximo el abandono y/o bajas.

Podemos asegurar que se dan diferentes culturas del cuidado por motivos sociodemográficos y de acceso a prestaciones, recursos y servicios de dependencia. La interacción entre diferentes concepciones vinculadas a lo rural y lo urbano, favorecía un sentimiento de identificación con los problemas derivados del cuidar, pero proporcionaba intercambios enriquecedores en modos de afrontamiento emocional y de utilización de recursos, como por ejemplo la contratación de personal de apoyo, la demanda de servicios institucionalizados o la fortaleza e importancia de las redes de apoyo.

## **2.4. RECURSOS ALTERNATIVOS PARA EL CUIDADO Y LA ATENCIÓN A LOS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

Lograr que las personas cuidadoras principales acudieran al programa tenía que ir acompañado de recursos que favorecieran el cuidado de las personas en situación de dependencia. Para ello, el programa estableció desde el inicio la posibilidad de financiar una red de apoyo sustitutos alternativos de las personas cuidadoras principales, para que ninguna persona cuidadora rechazase asistir al programa por no tener manera de organizar el cuidado de su familiar /allegado en situación de dependencia durante el fin de semana que asistía al programa. Generalmente fueron estos servicios poco utilizados porque

mayoritariamente se organizaron para asistir el fin de semana delegando el cuidado en la propia red de apoyo familiar o entorno más próximo y cercano. Solo en algunos casos se establecieron por el programa recursos externos, como SAD, residencia, centro de día, etc.

## **2.5. DELEGAR EL CUIDADO FAVORECE LAS RELACIONES PERSONALES AFECTIVAS**

Generar espacios y tiempos adecuados favoreciendo el cuidado responsable de sus seres queridos ha permitido mejorar las relaciones interpersonales, favorecer la comunicación, potenciar lazos de afectividad desde la relajación y el encuentro sin presiones. En definitiva, ha permitido que las intervenciones hayan sido más intensas y beneficiosas para el conjunto, permitiendo desde la constatación de la praxis y sus efectos la necesidad de incorporar estilos de vida saludables y reconvertir los modelos y hábitos de vida.

Comentar, en este apartado, que a lo largo del proyecto se han producido frecuentes situaciones de negación por parte de la persona cuidadora principal de asistir al programa, pese al favorecimiento y garantías del cuidado de la persona dependiente. Entendemos ahora desde la experiencia que en algunos casos había dificultad en aceptar el alejamiento de la persona a quien cuidaban, y en otros existían dificultades en delegar el cuidado por posibles desconfianzas de las garantías de los resultados de este si la ejecución no era realizada personalmente.

A lo largo del programa, se han dado muchas primeras veces de alejamiento de la persona cuidadora principal después de en algunos casos de más de diez años continuados de cuidado. Asistir al programa para estas personas había sido un gran logro técnico, pero nos dejaba una tarea importante, el manejo añadido del coste emocional de estos cuidadores/as, de sus sentimientos contradictorios, de sus sentimientos de culpa y de abandono. Aspecto que en el primer día de intervención debía de ser neutralizado para que no hubiese efecto de contagio emocional al resto del grupo. En esa primera toma de contacto no era infrecuente las lágrimas y los desbordamientos emocionales.



## **2.6. INTERVENCIÓN CON GRUPOS GRANDES: CONSIDERACIONES PRÁCTICAS**

Los grupos de intervención psicoeducativa tenían que ser grandes, con el objetivo no solo de rentabilizar recursos sino de cumplir con las expectativas del diseño en su conjunto, y de favorecer redes de apoyo natural por lo que configuramos intervenciones de cuidadores entre 22 y 30 personas.

Era necesario realizar un diseño de intervención grupal también innovador con la presencia de dos profesionales que llevaban en el grupo conjuntamente utilizando técnicas de dramatización, simbologías, role playing, relajación e incorporando el humor transversalmente como herramienta de rebajar tensiones y mantener a la atención.

Se realizó una primera toma de contacto dirigido a aquellas personas cuidadoras principales con más de tres años en el cuidado de dependencia y/o con alta carga en el cuidado Dentro de su entorno afectivo y familiar, sabíamos desde la experiencia profesional, la existencia real de un desgaste, no solo individual sino del conjunto relacional en algunas familias y en otras un sumatorio de coste emocional en dichas relaciones; este motivo fue decisivo para diseñar una intervención en la que la acción fuera dirigida, no solo hacia la persona cuidadora principal, sino también hacia la elegida persona cuidadora de apoyo.

Destacar que la captación por ello fue difícil y que, para la configuración de los grupos, de intervención se requiere de un trabajo profesionalizado, con un esfuerzo añadido que va más allá de la localización de las personas cuidadoras que cumplan el perfil, ya que en muchas ocasiones hay que salvar los obstáculos que el modelo clásico de cuidado ha incorporado en todos los elementos del sistema de cuidado.

Reseñar que el porcentaje más alto de personas de apoyo que han intervenido en el programa a lo largo de siete años y en diferentes ámbitos territoriales autonómicos, han sido las parejas sentimentales y mayoritariamente hombres.

## **2.7. CUIDADO Y PERSPECTIVA DE GÉNERO: EL IMPACTO EN LAS RELACIONES AFECTIVAS**

Este elemento permitió que se pudiera abordar los aspectos de sociabilización de género intervinientes en el cuidado en dependencia de larga duración, en la persona a la que se dirigen los mismos, en la persona que los ejecuta de manera principal, en las personas cuidadoras de apoyo y, en definitiva, en el conjunto no solo familiar nuclear, sino en el socio-comunitario, facilitando herramientas para manejar un nuevo modelo más equilibrado y corresponsable de vida.

Al intervenir con personas cuidadoras de apoyo que sean parejas sentimentales de convivencia se podía visibilizar en las sesiones que el mantenimiento de un reparto desigual de los roles de género en el cuidado tradicional de larga duración, estaba llevando en muchos casos a un desgaste en las relaciones afectivas de pareja y convivenciales en todo el núcleo familiar. Esto nos permitía detectar las barreras que dificultan la organización del cuidado compartido y de las relaciones afectivas, y de esta forma favorecer la intervención para demostrar la necesidad de incorporar la corresponsabilidad del cuidado.

La oportunidad de generar espacios de relaciones positivas y de comunicación fuera del entorno del cuidado en dependencia, conlleva a una mejora relacional y afectiva además de favorecer procesos de intimidad de la pareja sentimental

Todo ello ayuda de una manera extensa a que los participantes en el programa realicen valoraciones importantes sobre la asignación de los roles sociales y familiares en el reparto del cuidado en dependencia para incorporar la necesidad de la participación de ambos géneros intervinientes en el cuidado de la vida.

El abordar los aspectos de género desde un modelo equilibrado y de reparto responsable conlleva un beneficio para el conjunto de la unidad familiar. Cuando logramos que se identifiquen con ello, se eliminan las guerras de roles de género, se mejora la comunicación, se favorecen las relaciones afectivas y del cuidado mutuo que son la base de la estabilidad y bienestar. Todo ello ha permitido mejorar los niveles convivenciales de pareja y de todo el núcleo familiar.

La intervención desde la perspectiva de género tenía que dirigirse a un objetivo

de sensibilidad en la comprensión de la asignación de roles asignados históricamente y por tanto a la construcción social derivada de los mismos. Favorecer el conocimiento de los aspectos básicos que han adjudicado históricamente el cuidado de la dependencia a una parte de la población en función al género, es entender la consecuencia de la “feminización del cuidado”, visibilizando las consecuencias negativas y de ostracismo social, así como de consecuencias en la salud de las personas que cuidan.

Intentar mejorar la comprensión de los aspectos de sociabilización implicados en las casuísticas más frecuentes que se dan en los conflictos del cuidado como consecuencia de un reparto carente de manejos corresponsables y ausentes de conciliación es imprescindible para entender el coste emocional y la necesidad de proteger y favorecer elementos de desarrollo de autoestima y la eliminación de otros, como la culpa.

## **2.8. CUIDADO Y PERSPECTIVA DE GÉNERO: RELACIONES INTERGENERACIONALES**

Comentar que de una manera inclusiva este abordaje de perceptiva de género ha permitido colateralmente favorecer la comprensión de los conflictos intergeneracionales que se producen entre las diferentes generaciones que intervienen en el cuidado, desde los procesos individuales y de socialización así como de la adjudicación de los roles en función al género.

## **2.9. OBSERVACIONES: LAS PERSONAS MAYORES COMO CUIDADORAS**

Otro perfil destacable y frecuente era el correspondiente a los cuidadores/as principales mayores o muy mayores que asistían acompañados de sus descendientes como “cuidadores/as de apoyo”. En estos casos había sido fundamental la labor desarrollada por los hijos/as, nietos/as para lograr que asistiesen al programa. Desde el compromiso en el cuidado les preocupaba casi más el cuidado y el estilo de vida de “la persona cuidadora principal” que el del familiar en situación de dependencia. Fueron estos cuidadores de apoyo, nuestros grandes aliados y nos demandaban ayuda para poner límites al cuidado que desarrollaba la persona cuidadora principal.

Realizar una nota significativa al respecto en algunas situaciones en estos perfiles, observamos que la persona que ostentaba el rol de persona cuidadora principal cuando era un hombre mayor. En este caso era más una función simbólica, un rol que la familia quería mantener que una realidad. De manera que quien ejecutaba las tareas de cuidado era la persona que venía al programa como persona cuidadora de apoyo. En muchos casos, el hombre mayor era en realidad también objeto de cuidado del entorno familiar que no cuidaba de una persona en situación de dependencia sino de los dos. De igual forma, existían algunas mujeres mayores que se resistían a delegar el cuidado estando ellas mismas en situación de ser receptoras del mismo.

## **2.10. EL VALOR DEL SENTIMIENTO COLECTIVO GRUPAL ENTRE LAS PERSONAS CUIDADORAS**

Como elemento añadido en la valoración de intervención, significar, desde un análisis del conjunto la importancia de realizar dichas intervenciones desde un modelo de sentimiento colectivo y grupal, intentando por un lado favorecer los sentimientos compartidos y por otro la importancia del desarrollo de redes sociales y de apoyo en su entorno cercano.

El trabajo de intervención grupal permite valorar que las consecuencias derivadas del cuidado se atribuyan a un modelo social de cuidar, a la organización del mismo y al entorno del cuidado, es decir es una atribución externa, frente al modelo de intervención individualizado personalizado y/o familiar que puede atribuirse de manera causal interna.

Las exposiciones de experiencias de cada caso, permite al grupo en su conjunto diferenciar entre factores que favorecen un modelo de cuidado equilibrado de los factores que perjudican y/o desestabilizan, así como a las consecuencias vitales y de salud, son por tanto elementos incentivadores que motivan, reafirman, empoderan y favorecen el cambio.

Esta reflexión sobre los cambios necesarios desde los propios cambios sociales, en los modelos clásicos del cuidado y el afrontamiento a los nuevos retos de cambios de vida en el modelo del cuidado equilibrado, aumenta la percepción de vulnerabilidad y de la necesidad preventiva de apostar por realizar dichos cambios.

## **2.11. GESTIÓN EMOCIONAL Y PSICOLOGIA POSITIVA: LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CUIDADO**

Sin lugar a dudas, dentro de la intervención a lo largo de las sesiones, había que trabajar una parte fundamental dirigida prioritariamente a las personas cuidadoras principales, pero con suficiente contenido para dimensionarse a un modelo de cambio y mejora generalizada en el ámbito del equilibrio emocional, la experiencia de la cercanía continuada en la larga tarea de cuidar de nuestros seres queridos en situación de dependencia sumada al proceso del envejecimiento, tiene un coste de salud y un desgaste en el manejo emocional y como consecuencia un desajuste personal y del entorno referencial.

La sociedad a la que debemos avanzar tiene que incorporar una visión más positiva del cuidado, normalizando y poniendo en valor aquellos aspectos que producen satisfacción, crecimiento personal y que favorecen todos los elementos de la salud en su amplio concepto. Es necesario abordar desde el manejo emocional las actitudes, pensamientos, modelos de afrontamiento que influyen en el "cuidado equilibrado".

La intervención en el manejo de equilibrio emocional permite que se pueda abordar, por un lado, la mejora generalizada emocional, por otro, se faciliten la toma de decisiones necesarias para un ajustado cambio beneficioso.

Comprender mejor los aspectos emocionales implicados en el cuidado desde los diferentes elementos que intervienen en el mismo, personales, culturales, socioeducativos y patriarcales permiten avanzar hacia un modelo de conciliación y de corresponsabilidad en el cuidado favoreciendo un proceso de eliminación de culpas, de compartir y repartir las tareas de cuidar.

Esta intervención se ha planificado para propiciar el desarrollo de la resiliencia en las personas cuidadoras y en todo el sistema de cuidado. Avanzar hacia una visión más positiva del cuidado, potenciar los aspectos positivos y amortiguar los negativos con un afrontamiento más eficaz. Incrementar los sentimientos de autoeficacia, control y de predictibilidad. Experimentar emociones positivas. Maximizar su autoestima y el desarrollo de redes sociales y de apoyo. Todo ello en aras a mejorar la calidad de vida y de salud de las personas intervinientes.

## **2.12. ELEMENTOS BÁSICOS DE LA PLANIFICACIÓN ORGANIZATIVA**

### **a) ¿QUE IMPLEMENTAR?**

El “Modelo del cuidado equilibrado” el cual integra tres componentes fundamentales abordados desde la perspectiva de género:

- Cuidado responsable de la persona mayor dependiente
- Autocuidado de la persona proveedora de cuidados
- Conciliación vida personal, laboral, familiar y social a través del fomento de la co-responsabilidad.

### **b) ¿POR QUÉ ES NECESARIO REALIZARLO?**

Existen evidencias sobre el alto coste en salud y bienestar de las personas cuidadoras principales / allegados que asumen el cuidado de sus seres queridos en situación de dependencia durante largos periodos de sus vidas.

### **c) ¿PARA QUÉ, CON QUÉ OBJETIVOS?**

Para mejorar la calidad y el bienestar en su conjunto de todos los agentes del sistema de cuidado en dependencia con la implementación del modelo “Cuidado Equilibrado” incorporando la perspectiva de género.

### **d) ¿A QUIÉN DIRIGIRLO/ PERFILES DE USUARIOS/AS?**

A personas cuidadoras principales de mayores en situación de dependencia con larga duración en el cuidado. Así como a las personas cuidadoras de apoyo implicada en el cuidado. Solo podrá elegirse por cada persona cuidadora principal a una persona cuidadora de apoyo. No es excluyente que la persona cuidadora principal acuda sola.

### **e) ¿CÓMO HACERLO VIABLE?**

Tomando contacto con los equipos de base de trabajo social, movimientos asociativos del sector y otros canales que permitan el contacto y acceso al perfil a que se dirige el programa.

### f) ¿CON QUE MEDIOS?

Con el aval de la organización "Unión Democrática de Pensionistas" y todos sus recursos a través de financiación pública con subvención del 0,7 IRPF.

### g) ¿CON QUE PROFESIONALES?

- **Gestión de programas:** Profesionales UDP.
- **Coordinación General:** Profesional encargado de hacer viable los medios técnicos y personales necesarios para la consecución de los objetivos en los diferentes territorios en donde se implementa.
- **Equipos de Zona:** Constan de dos profesionales, uno de psicología y otro de trabajo social, encargados de garantizar la selección de los perfiles objeto del programa, así como obtener información previa de cada caso particular que permita una optimización de la intervención, así como de pasarlas baterías necesarias para memoria y en su caso la investigación asociada. Estos equipos garantizan el apoyo a los equipos de intervención y, al estar en zona, pueden mantener un servicio de información y seguimiento de las personas beneficiarias del programa.
- **Equipos de Intervención psicosocialeducativa:** Equipos altamente cualificados con formación en género, dependencia, mayores, gerontología e intervención grupal comprometidos en la necesidad de implementar el "Modelo de cuidado equilibrado". Cada equipo cuenta con dos profesionales para realizar la intervención grupal, siendo necesario un profesional de psicología y otro de trabajo social o de ámbito de intervención social comunitaria.
- **Investigación:** Convenio con investigadores Profesionales de universidad sensibilizados y expertos en gerontología, dependencia y personas cuidadoras. (Convenio Universidad CEU San Pablo)

### h) ¿QUE ESPACIO TEMPORAL?

Periodo de Información y presentación programa a los recursos de zona.

Captación, recogida de información y organización de grupos garantizando perfiles

Intervención intensiva psico-social-educativa en fin de semana con grupo máximo de 30 personas cuidadoras

### **i) ¿DONDE EJECUTARLO?**

Alejados del entorno del cuidado, en espacios que permitan la desconexión y el relax. Se elijen hoteles con balnearios/spas. Se contemplan estancias con alojamiento y pensión completa y tratamiento termal/spa desde la entrada el viernes y la salida hasta el domingo y/o lunes. El hotel facilitará una sala y medios materiales para realizar la intervención grupal con cuidadores desde el viernes hasta el domingo. Asimismo, el hotel facilitará que las comidas y cenas, así como los tratamientos termales se realicen en grupo.

### **j) ¿QUE OTROS ASPECTOS FUNDAMENTALES SE DEBEN CONSIDERAR?**

Poner servicios alternativos de apoyo y cuidados para las personas dependientes garantizando que ninguna persona cuidadora principal no pueda asistir al programa de fin de semana por la imposibilidad de garantizar los cuidados necesarios a su familiar /allegado que cuida. (Plazas de residencia en fin de semana y/o Centros de día y/o respiro, SAD, etc...).

## **2.13. PLANIFICACIÓN Y FASES DE INTERVENCIÓN EN EL PROGRAMA**

**PRIMERA FASE CUIDARELAX:** CONTACTO Y SELECCIÓN DE PERSONAS CUIDADORAS BENEFICIARIAS configuración de grupos -RECOGIDA INFORMACIÓN PREVIA

Estas funciones corresponden a los equipos de zona asentados en el territorio o comunidad en la que se desarrolla luego el programa. Desarrollada por profesional de intervención social en la fase de coordinación y captación y configuración. Así mismo confeccionara una lista de espera para cubrir bajas de última hora. Se valora igualmente las necesidades de recursos alternativos de cada posible beneficiario/a con el objetivo de coordinar y organizar, en los casos necesarios la contratación de servicios alternativos al cuidado en el tiempo de permanencia de los usuarios/as del programa en las jornadas de sociobalneoterapia.

Paralelamente el profesional de psicología procede a realizar la recogida de información previa a la intervención con los instrumentos en ese momento



seleccionados por los equipos de intervención con objeto de garantizar los perfiles, optimizar la intervención y favorecer toda información fundamental para valorar el programa, así como la investigación asociada al mismo.

Los instrumentos diseñados para la recogida de la información tendrán que recoger datos sobre:

- a) La persona cuidadora principal.
- b) La persona mayor cuidada y su cuidado
- c) La persona cuidadora de apoyo.
- d) La situación sociofamiliar y del entorno.

Cumplimentación de cuestionarios de contenido informativo y evaluativo:

Con esta recogida previa se realiza expediente de cada una de las personas que servirá para valorar necesidades prioritarias de intervención, valoración de participantes del programa y en su caso seguimiento o segundos niveles de intervención.

Los equipos de zona asumen la función de coordinación con los hoteles-balnearios/spas para organizar estancias, salas de trabajo y todo el operativo necesario para el desarrollo de las jornadas de balneoterapia. Tendrán así mismo que pasar información resumida protocolizada del grupo a los equipos de intervención psicosocioeducativa.

Al finalizar las jornadas de intervención psicosocioeducativas se encargan de aplicar instrumentos de valoración de la eficacia, valoración del programa y post en caso de investigación.

## **SEGUNDA FASE. JORNADAS DE SOCIOBALNEOTERAPIA**

La asistencia al balneario los talleres/terapias con sesiones de intervención y formación, así como sesiones de relajación, circuitos termales y tiempo libre.

Se contempla de esta forma que las actividades de sociobalneoterapia se realicen desde modelos convivenciales y de relajación con el aspecto fundamental de incorporar el elemento del cuidado equilibrado desde la perspectiva grupal.

El objetivo fundamental de esta fase intervenir en todos aquellos niveles que son necesarios para transformar el modelo clásico al modelo de cuidado equilibrado. Se favorece intervenir en todos aquellos aspectos relacionados con ansiedad depresión, satisfacción en el cuidado, carga, hábitos saludables... y

todo ello paralelamente desde esa mirada de la psicología positiva, la perspectiva de género y la conciliación, favoreciendo desde la praxis los beneficios de los grupos de apoyo y el fomento de redes sociales.

En el balneario y durante toda la estancia permanecerá un profesional de los equipos de zona para el apoyo a los equipos de intervención y al grupo de ese fin de semana.

**TERCERA FASE:** SEGUIMIENTO DE CASOS/MEDIACIÓN EN CONFLICTOS FAMILIARES/ INTERVENCIÓN CON PERSONAS CUIDADORAS FUERA DE LA ESTANCIA DEL BALNEARIO.

Para este objetivo, se mantiene un teléfono de contacto que atenderá las demandas que le lleguen mientras el programa esté activo. Este profesional podrá citar y valorar la intervención en su caso más adecuada. Durante este periodo se podrá realizar seguimientos programados de las personas beneficiarias del programa.

**CUARTA FASE:** APOYO A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA Y CREACIÓN DE REDES

En el caso de que tenga constancia de haberse generado grupos de apoyo /redes derivados del programa, los profesionales de zona favorecerán actividades, contactos y apoyo profesional.

## **2.14. ESTRUCTURA DE LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN**

Se realiza durante el fin de semana desde el viernes por la tarde al domingo. La distribución de sesiones y contenidos queda reflejada en la siguiente tabla 2.

A continuación, exponemos el **cronograma** de las Jornadas de Sociobalneoterapia:

Tabla 2. Cronograma Programa CuidarelaX

	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes
Mañanas		Sesión 2: "Aprender a sentirnos mejor I" 1.5h	Sesión 4: "Apuesta por la Conciliación" 1.5h	Circuito termal
		Descanso 15'		
		Sesión 3: "Aprender a sentirnos mejor II" 1.5h	Sesión 5: "Pasemos a la acción" 1.5h	Tiempo libre y ocio
		Comida		
Tardes	Llegada y recepción de participantes	Tiempo de descanso	Tiempo de descanso	Tiempo libre y ocio
	Sesión 1: "Date un respiro y disfruta" 1.5h	Circuito termal	Circuito termal	Despedida de los participantes
	Tiempo libre y ocio	Tiempo libre y ocio <i>(posibilidad de visitas guiadas por cuenta de los participantes)</i>	Tiempo libre y ocio	
			Despedida de los participantes	
	Cena			

**RECEPCIÓN DE PARTICIPANTES:** Realizada por los Equipos de zona

Acogimiento cálido y operativo. Recordar horarios estructura y normas del programa. Revisión y cumplimentación en su caso de los cuestionarios-escalas. Confirmar asistencia usuarios/as y perfil, solicitar autorización en cumplimiento de la ley de protección de datos y de uso de imagen personal.

## **JORNADAS PSICOSOCIOEDUCATIVAS:** Realizadas por Equipos de intervención sociopsicoeducativa

### Sesión 1: "Date un respiro y disfruta"

*Es fundamental en esta sesión inicial favorecer un buen clima grupal y generar confianza en el programa y en la intervención.*

- Presentación de Equipos de Intervención.
- Introducción a la necesidad del cambio: El modelo clásico y el cuidado de larga duración.
- Presentación Programa de Intervención: "Modelo de cuidado equilibrado".
- Presentación de las personas participantes en el grupo como cuidadores principales y de apoyo. Exposición breve de su situación, tiempo de cuidado y persona a la que cuidan.
- Empoderamiento en derechos de las personas cuidadoras.

### Sesión 2: "Aprender a sentirnos mejor1"

- Ejercicios de risoterapia vinculados al cuidado.
- La elección del cuidar, consecuencias emocionales en todo el sistema del cuidado.
- Gestión emocional, principales sentimientos implicados en el cuidar.
- Estrés y cuidado: estrategias y manejo.
- Importancia del tiempo, el ocio y la desconexión: relación con el cuidado. Experiencia práctica y beneficios en el "Cuidarelay".

### Sesión 3: "Aprender a sentirnos mejor2"

- Pensamiento – Emoción – Conducta.
- Habilidades de autocontrol emocional.
- Manejo emocional en situaciones de emergencia: Primeros auxilios emocionales.
- Relajación y disfrute: la mejor herramienta.

### Sesión 4: "Apuesta por la conciliación"

- Ejercicio de risoterapia vinculado al cuidado.
- La perspectiva de género en el cuidado: El modelo patriarcal y la asignación de roles: ejemplos prácticos.
- Socioeducación en conceptos de género – igualdad. El modelo de la equidad.
- Ejercicio grupal práctico sobre perspectiva de género.

### Sesión 5: "Pasemos a la acción"

- Puesta en común del ejercicio grupal práctico sobre perspectiva de género.
- Análisis y debate sobre la aplicación del "Modelo de Cuidado Equilibrado".
- Conciliación y corresponsabilidad: Valores de compartir en reparto equitativo.
- Herramientas de la conciliación y la corresponsabilidad: El lenguaje, la comunicación, manejo de espacios y tiempos.
- Ejercicio de autorreflexión "¿Qué puedo yo mejorar y a qué nos podemos comprometer?" entre personas cuidadoras principales y de apoyo.
- Puesta en común y compromiso de cambio.
- Despedida y cierre de las sesiones sociopsicoeducativas.

### **VALORACIÓN DE LAS JORNADAS:** Equipos de zona.

Cumplimentación de baterías, escalas y cuestionarios: de satisfacción y de los seleccionados en su caso para investigación.

## **2.15. ASPECTOS TRANSVERSALES ACONTEMPLAR EN LA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOSOCIOEDUCATIVA**

### **a) TRANSMISIÓN DE PROFESIONALIDAD, CONFIANZA Y FIABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN y del PROYECTO**

Hay que ganarse en la primera sesión la percepción individual y grupal de competencia profesional teórica y práctica.

### **B) INTERVENCIÓN CON GRUPOS GRANDES DE PERSONAS CUIDADORAS**

Entre 22-30 beneficiarios/as ya que favorece el sentimiento de identificación de situaciones de cuidado, disminuyendo la percepción de soledad y el desarrollo de apoyo grupal.

### **C) INTERVENCIÓN INTENSIVA POR DOS PROFESIONALES**

Dos profesionales permiten dinamizar las sesiones, facilitan el control del grupo grande, aseguran el mantenimiento de la atención y asimilación de contenidos, maximizan la eficacia intervención.

### **D) UTILIZACIÓN DEL SENTIDO DEL HUMOR, LA RISOTERAPIA Y LA RELAJACIÓN PARA CONTROL EMOCIONAL EN LAS SESIONES**

Favorecer un buen clima grupal ayuda a controlar situaciones de alta carga emocional y permite una mejor intervención.

### **E) METÁFORAS Y LOS EJEMPLOS TEATRALIZADOS COMO HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN**

Con el objetivo que se identifiquen, visualicen la teoría explicada y faciliten su asimilación, comprensión y recuerdo (recurso nemotécnico).

### **F) DESDRAMATIZAR EL CUIDADO AVANZANDO HACIA UNA VISIÓN MÁS OPTIMISTA Y SATISFACTORIA DEL CUIDADO**

Reconocer las situaciones difíciles, pero también las satisfacciones y el valor del cuidado.

### **G) VISIBILIZAR EL IMPACTO Y LAS CONSECUENCIAS DE TODOS LOS AGENTES QUE INTERVIENEN EN EL SISTEMA DEL CUIDADO**

El cuidado no es solo de una persona sino de todo un sistema de cuidado

### **H) VISIBILIZAR, BARRERAS Y DESEQUILIBRIOS EN LAS ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO**

Especialmente aquellas que por conocimiento previo del grupo pueden ser objeto de cambio en concreto.

### **I) VISIBILIZAR EL IMPACTO DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL CUIDADO**

Tanto en el comportamiento de las personas mayores en situación de dependencia como de todos los agentes que intervienen en el cuidado. Y en la sociedad.

### **J) VISIBILIZAR QUE CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL CUIDADO EQUILIBRADO "TODOS GANAN"**

Fundamental resaltar durante toda la intervención los beneficios en todo el conjunto del sistema de cuidado.

### **K) FAVORECER UN COMPROMISO DE MEJORA**

Facilitar la toma de conciencia, generar autoreflexiones y dotar de herramientas para avanzar y favorecer un cambio de actitudes que redunden no solo en las condiciones de salud sino en las mejoras generalizadas, la solidaridad y la eliminación de las barreras de género. No hay baritas mágicas pero siempre se puede mejorar.

### **L) FOMENTO DE REDES DE APOYO**

Fomentar el apoyo y la cohesión grupal: reforzar el establecimiento de redes de apoyo cercano y natural entre los miembros del grupo.

### **M) PONER EN VALOR LOS BENEFICIOS DE APLICAR MODELO EQUILIBRADO**

Analizar factores que perjudican y perpetúan los modelos clásicos del cuidado visibilizando y favoreciendo los beneficios de generar una mejora al implantar el modelo de cuidado equilibrado.

### **N) MANEJO DE LA GESTIÓN EMOCIONAL EN EL CUIDADO**

Desarrollo de habilidades de gestión emocional: en el cuidado y en la vida en general

## **O) RESALTAR EL USO DEL LENGUAJE Y SUS CONSECUENCIAS**

Matizar y revisar la importancia del lenguaje, del pensamiento, de lo cotidiano automatizado y las rutinas.

## **P) MANEJO DE LAS CONSECUENCIAS DEL GÉNERO EN EL CUIDADO**

El mantenimiento del modelo patriarcal perjudica a hombres y mujeres: visibilizar el impacto en el cuidado Explicar cómo afecta la sociabilización del género en la autoestima y sus relaciones con el cuidado.

## **Q) FORMACIÓN EN VALORES**

La importancia de transmitir valores desde la conciliación y la corresponsabilidad a otras generaciones.

## **R) CONCILIAR NO ES NEGOCIAR**

Conciliar trabaja con valores de igualdad, negociar trabaja con elementos de fuerza y de poder.

## **S) VIVIR INTEGRANDO EL CUIDADO**

La importancia de tener vida más allá del cuidado: vida laboral, personal, de pareja, con los hijos/as, amigos/as, laboral.

## **T) LOS DEMÁS TAMBIÉN SON IMPORTANTES**

Es fundamental e imprescindible dedicar tiempo para fomentar relaciones afectivas y de pareja al margen de cuidar.

## **U) NO BASTA CON DECIR "CUIDATE" HAY QUE FAVORECERLO**

La importancia del autocuidado de la persona cuidadora familiar. y de que el entorno lo facilite.



### W) A VECES LO RESPONSABLE ES UTILIZAR APOYOS

Reforzar la utilización de servicios externos en el cuidado como elementos de apoyo y mejora en el cuidado responsable.

### X) LA IGUALDAD NO EQUIVALE AL 50%

El reparto del tiempo y tareas al 50% no es siempre sinónimo de equilibrio, de igualdad ni de justicia.

## 3. PARTICIPANTES DEL PROGRAMA

A lo largo del Programa Cuidarela 2010-2017 han participado un total de **5350 personas de distintas Comunidades** (Comunidad Valenciana, Aragón, La Rioja Galicia, y Albacete), distribuidas en 204 grupos, tal y como muestra el cuadro-resumen de participación por Comunidades Autónomas y grupos:

		COMUNIDAD VALENCIANA	ARAGON	LA RIOJA	GALICIA	ALBACETE	TOTAL
<b>2010</b>	GRUPO 1	29					
	GRUPO 2	29					
	GRUPO 3	29					
	GRUPO 4	30					
	GRUPO 5	29					
	GRUPO 6	23					
	GRUPO 7	30					
	GRUPO 8	31					
	<b>TOTAL</b>	<b>230</b>					<b>230</b>
<b>2011</b>	GRUPO 1	33					
	GRUPO 2	30					
	GRUPO 3	28					
	GRUPO 4	26					
	GRUPO 5	25					
	GRUPO 6	25					
	GRUPO 7	28					
	GRUPO 8	27					
	GRUPO 9	24					
	GRUPO 10	26					
	<b>TOTAL</b>	<b>271</b>					<b>271</b>

	COMUNIDAD VALENCIANA	ARAGON	LA RIOJA	GALICIA	ALBACETE	TOTAL
<b>2012</b>	GRUPO 1	28	25	22		
	GRUPO 2	28	25	21		
	GRUPO 3	26	17	23		
	GRUPO 4	23	27	21		
	GRUPO 5	28	27	25		
	GRUPO 6	27	26			
	GRUPO 7	28	28			
	GRUPO 8	27	21			
	GRUPO 9	23				
	GRUPO 10	24				
	GRUPO 11	27				
	GRUPO 12	26				
	<b>TOTAL</b>	<b>315</b>	<b>196</b>	<b>112</b>		
<b>2013</b>	GRUPO 1	28	30	27		
	GRUPO 2	22	27	22		
	GRUPO 3	18	26	27		
	GRUPO 4	28	29	23		
	GRUPO 5	24	28	23		
	GRUPO 6	28	31			
	GRUPO 7	28	29			
	GRUPO 8	27	27			
	GRUPO 9	30	27			
	GRUPO 10	28	24			
	GRUPO 11	28				
	GRUPO 12	26				
	GRUPO 13	27				
<b>TOTAL</b>	<b>342</b>	<b>278</b>	<b>122</b>			<b>742</b>
<b>2014</b>	GRUPO 1	30	27	28	9	
	GRUPO 2	28	24	24	27	
	GRUPO 3	28	26	24	26	
	GRUPO 4	27	28	27		
	GRUPO 5	28	28			
	GRUPO 6	28	22			
	GRUPO 7	29	24			
	GRUPO 8	29	21			
	GRUPO 9	28	28			
	GRUPO 10	27	27			
	GRUPO 11	28	35			
	GRUPO 12	30				
	GRUPO 13	28				
<b>TOTAL</b>	<b>368</b>	<b>290</b>	<b>103</b>	<b>62</b>		<b>823</b>

		<b>COMUNIDAD VALENCIANA</b>	<b>ARAGON</b>	<b>LA RIOJA</b>	<b>GALICIA</b>	<b>ALBACETE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2015</b>	GRUPO 1	26	29	25	11		
	GRUPO 2	24	28	26	19		
	GRUPO 3	25	27	26	21		
	GRUPO 4	24	29	24	31		
	GRUPO 5	23	26	24			
	GRUPO 6	30	27				
	GRUPO 7	19	29				
	GRUPO 8	25	29				
	GRUPO 9	26	26				
	GRUPO 10	31	35				
	GRUPO 11	24					
	GRUPO 12	24					
	<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>285</b>	<b>125</b>	<b>82</b>		<b>793</b>
<b>2016</b>	GRUPO 1	27	26	25	30	26	
	GRUPO 2	20	25	18	27	28	
	GRUPO 3	26	29	23	26	22	
	GRUPO 4	28	27	25	29		
	GRUPO 5	25	28		26		
	GRUPO 6	25	30				
	GRUPO 7	27	36				
	GRUPO 8	30	26				
	GRUPO 9	29	26				
	GRUPO 10	29	27				
	GRUPO 11	28	19				
	GRUPO 12	21					
	GRUPO 13	24					
	<b>TOTAL</b>	<b>339</b>	<b>299</b>	<b>91</b>	<b>138</b>	<b>76</b>	<b>943</b>
<b>2017</b>	GRUPO 1	2422	27	23	24	24	
	GRUPO 2	2618	21	22	26	26	
	GRUPO 3	24	24	24	19	28	
	GRUPO 4	18	24	22	30	27	
	GRUPO 5	17	19		26	26	
	GRUPO 6	29	27				
	GRUPO 7	25	25				
	GRUPO 8	20	24				
	GRUPO 9	31	29				
	GRUPO 10	29	26				
	GRUPO 11	31					
	GRUPO 12	27					
	GRUPO 13	30					
	<b>TOTAL</b>	<b>331</b>	<b>246</b>	<b>91</b>	<b>126</b>	<b>131</b>	<b>925</b>

	COMUNIDAD VALENCIANA	ARAGON	LA RIOJA	GALICIA	ALBACETE	TOTAL
<b>TOTAL 2010-2017</b>	<b>2497</b>	<b>1594</b>	<b>644</b>	<b>408</b>	<b>207</b>	<b>5350</b>

Tal y como se puede observar, en la Comunidad Valenciana se ha intervenido con un total de 2497 personas divididas en 94 grupos; en Aragón se ha trabajado con 1594 personas divididas en 60 grupos; en la Comunidad de La Rioja se ha intervenido con 644 personas en 27 grupos, en Galicia con 408 personas a través de 17 grupos y en Albacete, con 207 personas en 6 grupos.

A continuación, se detallan los datos de participación y resultados obtenidos segregados por comunidades.

a) Aragón

El programa Cuidarela se realizó en la Comunidad de Aragón durante el periodo comprendido entre 2012 y 2017, donde han participado un total de 1594 personas, de los cuales el 60,82% eran mujeres y el 39,18% varones.

		2017	2016	2015	2014	2013	2012
<b>TOTAL</b>		246	299	285	290	278	196
	♂	38%	42%	43%	34%	40,1%	38%
	♀	62%	58%	57%	66%	59,9%	62%
<b>CP</b>		143	170	162	164	148	103
	♂	15%	18%	15%	10%	10%	16,5%
	♀	85%	82%	85%	90%	90%	83,5%
<b>CA</b>		103	129	123	126	130	93
	♂	81%	95%	79%	65%	75,1%	62,37%
	♀	19%	34%	21%	35%	24,9%	37,63%

En cuanto a la división en función a su responsabilidad en el cuidado, han participado 890 personas cuidadoras principales (CP) y 704 cuidadoras de apoyo (CA).

De las CP, el 85% son mujeres y el 15% varones. Un año más, los datos muestran claramente que el cuidado de mayor envergadura y grado de responsabilidad se concentra mayoritariamente en la población femenina.

De las CA, el 76% son varones y el 24% son mujeres.

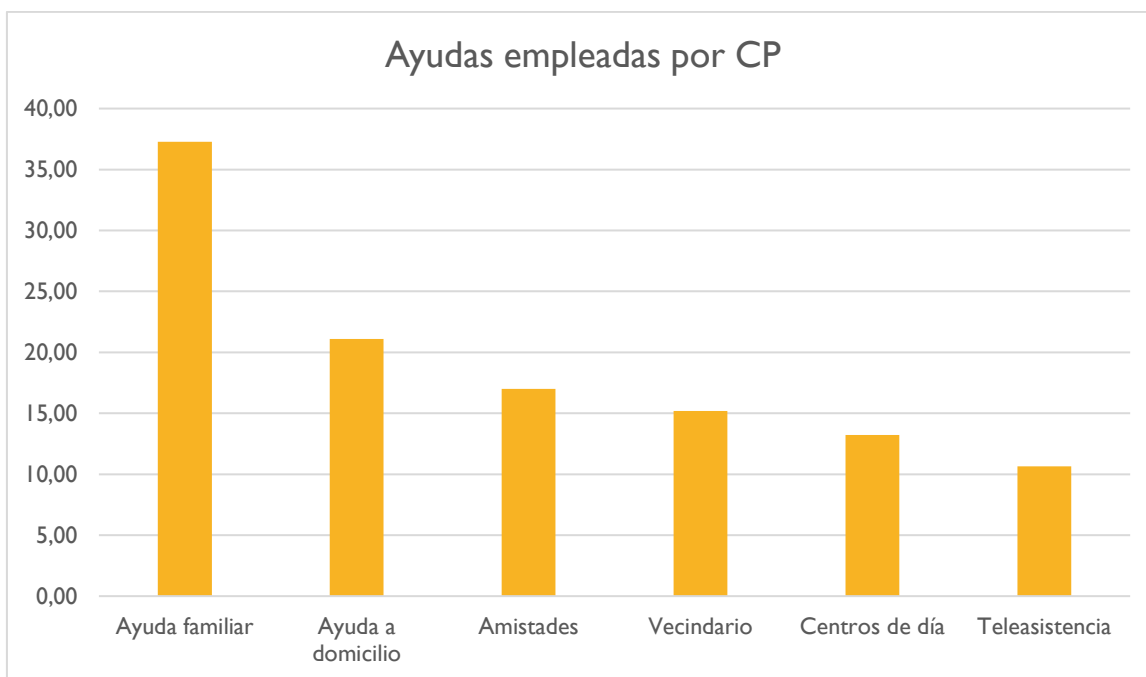
En cuanto al promedio de edad de las personas participantes ha sido de 58,02 años. Las mujeres sitúan su promedio en 58.07 años. En el caso de los varones es de 57.97. No se han observado diferencias significativas en la edad a lo largo de estos 5 años.

En relación a su situación laboral mientras cuidan, un 36,2% están en situación de desempleo, un 35,83% en activo, un 24,33% ya se han jubilado y 3,64 tienen invalidez o estaban de baja. Al comparar la evolución a lo largo de estos 5 años, se ha observado un incremento del porcentaje de personas desempleadas (pasando del 32% en el año 2012 al 43% en 2017) y un descenso del porcentaje de personas activas (pasando del 47% en el año 2012 al 29%). Por su parte, el porcentaje de personas jubiladas se ha mantenido estable.



De las personas CP en activo, el tiempo promedio que dedican al cuidado de sus familiares se sitúa en alrededor de 5h47'. En cuanto al tiempo que llevan cuidando a sus familiares, el promedio está en casi 7 años.

En cuanto a los recursos que solicitan ayuda las CP para afrontar su trabajo de cuidado la ayuda familiar sigue siendo claramente la más utilizada (37,28%), seguida de los servicios de ayuda a domicilio (21,1%), las amistades (17%), el vecindario (15,2%) y centros de día (13,22%) y teleasistencia (10,66%).

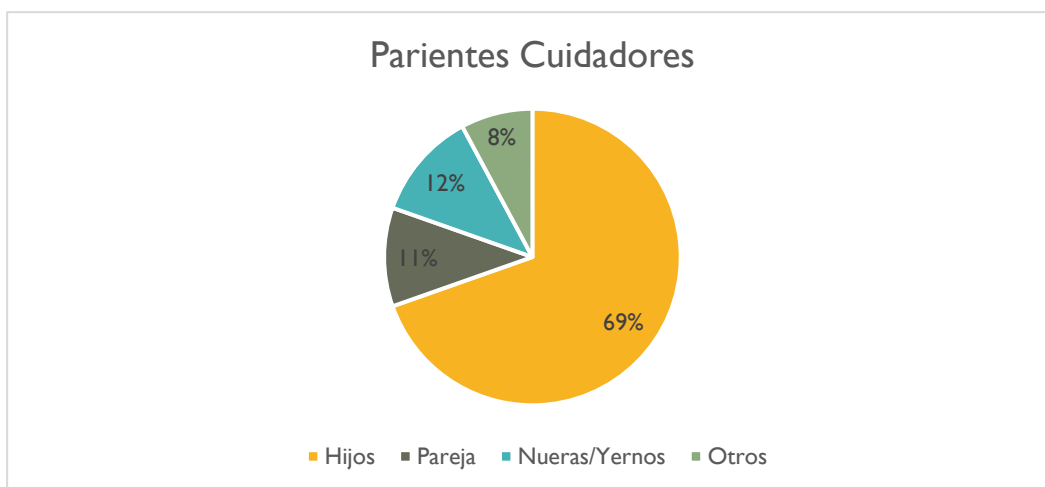


En la Comunidad Autónoma de Aragón, el programa ha tenido un impacto indirecto sobre 1021 personas en situación de dependencia. De ellas, el 77% son mujeres y el 23% varones.

		2017	2016	2015	2014	2013	2012
	156	207	165	195	173	125	156
♀	86	74%	81%	75%	75,68%	70,89%	86%
♂	14	26%	19%	25%	24,32%	29,13%	14%

En relación a las enfermedades que padecen estas personas y que resultan las causantes de su proceso de dependencia, las más presentes son: demencias y Alzheimer 43%; problemas de movilidad 24%, ictus y trombosis 16% y Parkinson (6,5%).

En cuanto a la relación de parentesco existente entre CP y personas en situación de dependencia, un año más se observa que de manera mayoritaria son las hijas e hijos quienes se encargan del cuidado de sus progenitores en un porcentaje mayor que en años anteriores, un 71%. Desde la perspectiva de género, este dato vuelve a poner de relevancia la feminización del trabajo de cuidados dentro del seno de la familia, ya que del total de descendientes que cuidan de forma principal, el 87% son hijas y el 13% hijos. En segundo lugar, aparecen las parejas que se sitúan en el 11%. En esta ocasión, el 78% son mujeres. Seguido del grupo del grupo de nueras/yernos con un 12%. El 8% incluye otros familiares como sobrinas y hermanas.



#### b) Comunidad Valenciana

Durante el periodo 2010-2017 han participado en el programa desarrollado en la Comunidad Valencia un total de 2497 personas, divididas en 60% mujeres y 40% varones.

		2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
<b>TOTAL</b>		230	271	315	342	368	301	339	331
	♂	33%	35%	38%	44%	42,1%	43,18%	40%	45%
	♀	67%	65%	62%	56%	57,9%	56,82%	60%	55%

De las 2497 personas, 1349 han acudido como CP y 1148 como CA.

De las CP, nos encontramos en los 7 años una mayoría de mujeres, 91,3%; frente a un 8,7% de varones. Un año más en la Comunidad Valenciana, el trabajo principal de cuidados sigue estando feminizado.

En el caso de las CA, han participado un 54,14% de varones, frente a un 45,86% de mujeres.

En relación a la edad, el promedio de participantes está en 53.4 años.

En cuanto a la situación laboral, nos encontramos una mayoría de personas en desempleo (37%), en segundo lugar personas en activo (34,5%), en tercero las jubiladas (18,5%) y en cuarto, personas que se encuentran de baja o excedencia (10%).



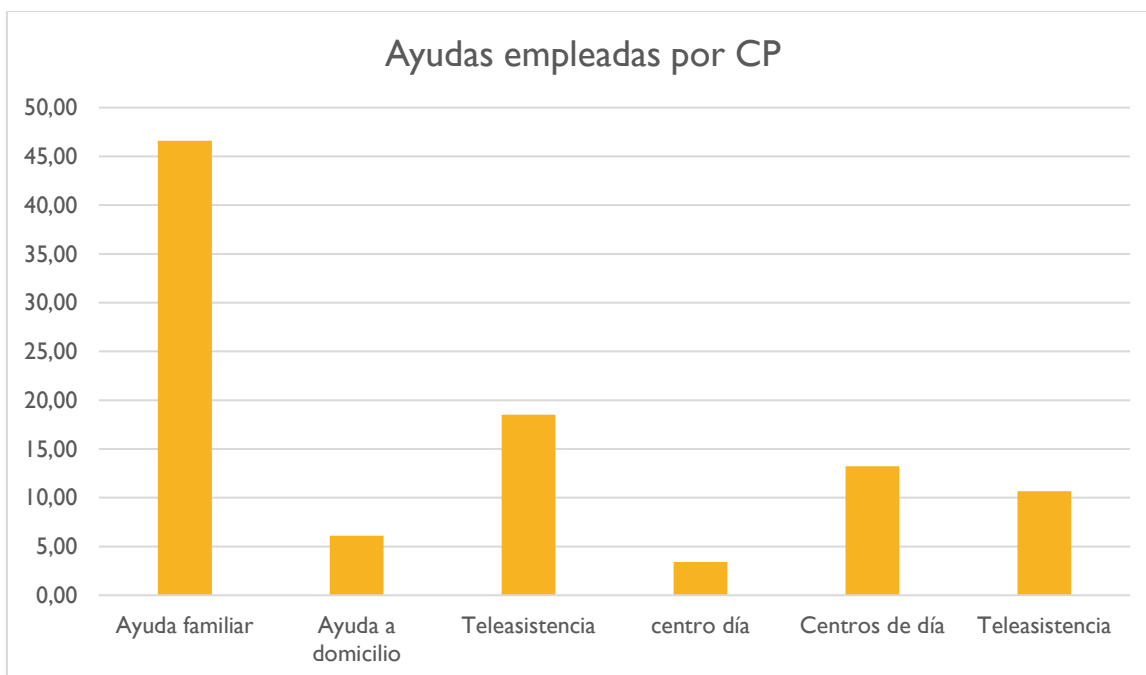
A lo largo de estos años, nos encontramos que, de manera mayoritaria, las mujeres se enfrentan a las denominadas dobles jornadas con lo que estas suponen para el deterioro progresivo de la salud de las mujeres; ya que el tiempo de cuidado que dedican nos ofrece un promedio de más de 12 horas diarias.

A la hora de calcular los años de media en el cuidado, el promedio es de 5.5 años y una media de cuidados diarios de 15 horas.



Nos quedaría analizar en qué medida las familias cuidadoras emplean ayudas o recursos externos para mantener su función. En concreto, nos encontramos ante un perfil de familias cuidadoras muy alejadas del uso de los recursos, generalmente porque o no existen recursos públicos o se encuentran a una distancia que les dificulta el acceso. Además, hemos observado de manera generalizada, la poca información sobre recursos de atención a la dependencia de la que disponen.

En concreto, los seis servicios más empleados son los siguientes: la mayor parte de la ayuda se recibe del entorno familiar (46,6%). Dentro de los recursos técnicos vemos que en un 18,5% de los casos, optan por la teleasistencia, en un 6,1% por el SAD y en un 3,4% por los centros de día.



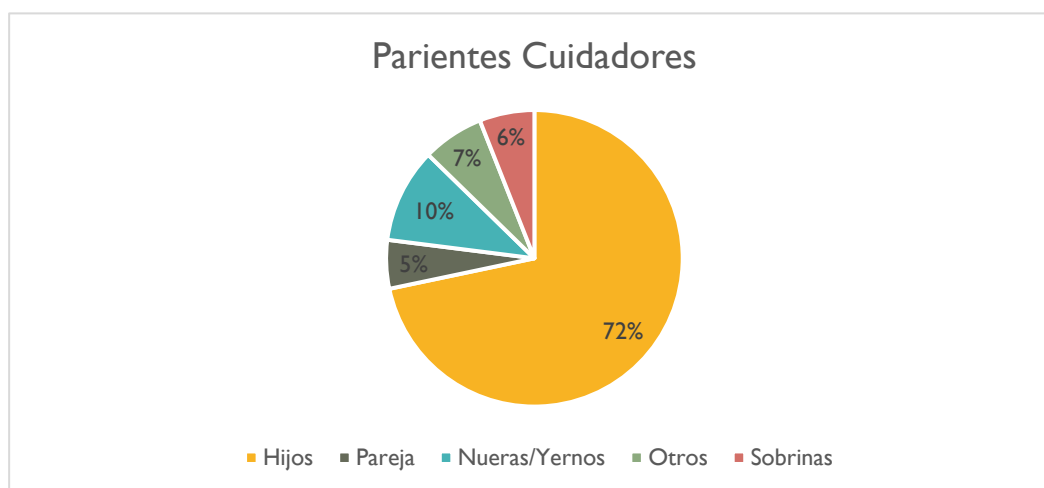
En cuanto a las personas en situación de dependencia a las que atienden las personas participantes en el programa: En la Comunidad Valenciana el programa ha tenido un impacto indirecto sobre 1322 personas en situación de dependencia. De ellas, el 73,7% son mujeres y 26,3% varones.

		2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
<b>TOTAL</b>		211	174	156	193	211	167	118	92
	♂	81%	76%	77%	68%	80,9%	61,94%	74,14%	70,65%
	♀	19%	24%	23%	32%	19,1%	38,06%	25,86%	29,35%

En relación a las enfermedades que generan la situación de dependencia, nos encontramos que entre las más incapacitantes se encuentran las **situaciones que cursan demencia o Alzheimer (27%)**, los **problemas de movilidad presentes en el 24%** de los casos; los **ictus, trombosis y derrames (9%)**; **diabetes (8%)**; **artrosis (6%)**; las **cardiopatías (7%)**, la **depresión (4,5%)**; y el **4% cáncer**.

En cuanto las relaciones de parentesco, se mantiene la tendencia de todos los años: son los **descendientes directos** quienes se encargan del cuidado principal mayoritariamente **71,7%**, seguidos de las **nueras/yernos (10,3%)** y las **sobrinas/os (6%)** y **pareja (5,3%)**.

Una vez más, desde el análisis con perspectiva de género vemos que del total de descendientes directos, **son las hijas quienes asumen el cuidado principal en un 90% de los casos**, frente al 10% de los hijos varones. De igual manera pasa en todos los casos, son las mujeres las que cuidan de forma mayoritaria.



c) La Rioja

Durante el periodo 2012-2017, en La Rioja han participado un total de 644 personas, de las cuales 73% son mujeres y 27% varones.

Si añadimos el dato de las personas que cuidan de manera principal, nos encontramos que son mujeres el 88% y varones el 12%. Es decir, en esta comunidad también nos encontramos nuevamente un cuidado de familiares en situación de dependencia mayoritariamente feminizado.

		2017	2016	2015	2014	2013	2012
<b>TOTAL</b>		91	91	125	103	122	112
	♂	30%	27%	33%	33%	22,46%	38%
	♀	70%	73%	67%	67%	77,54%	62%

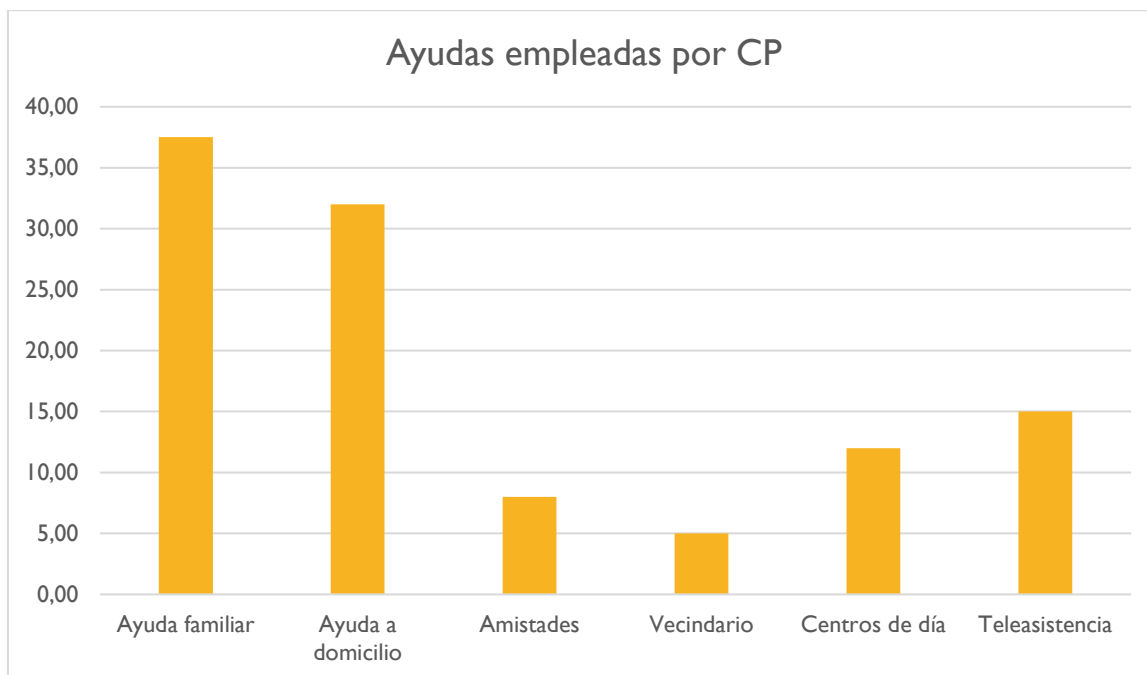
El promedio de edad de las personas participantes CP es de 61.72 años que, segregado por sexos nos muestra un promedio de 63.04 años para las mujeres y 59,72 años para los varones.

En cuanto a las personas que apoyan al cuidado, han participado 53,4% varones y 46,6% mujeres.

Todas las CP han expresado que cuidan 24 horas/día. Una vez más nos encontramos con una enorme situación de sobrecarga que provoca que hasta las personas que mantienen sus trabajos remunerados, hablen de cuidados de 24 horas, ya que es el tiempo que dedican a pensar en ello.

En cuanto al promedio de años cuidando, el resultado es de 7,5 años, aunque con presencia de varias familias que cuidan hace más de 20 años.

Pasamos a analizar qué tipo de ayudas son las más solicitadas por las CP de La Rioja. En este caso nos encontramos un aumento de la ayuda familiar hasta el 37,5%, SAD con 32%, teleasistencia al 15%, los centros de día alcanzan el 12%, un 8% las amistades y un 5% los vecinos.



En cuanto a los resultados de participación indirecta, el programa ha beneficiado a 461 personas en situación de dependencia. De ellas, el 60 % son mujeres y el 40% varones.

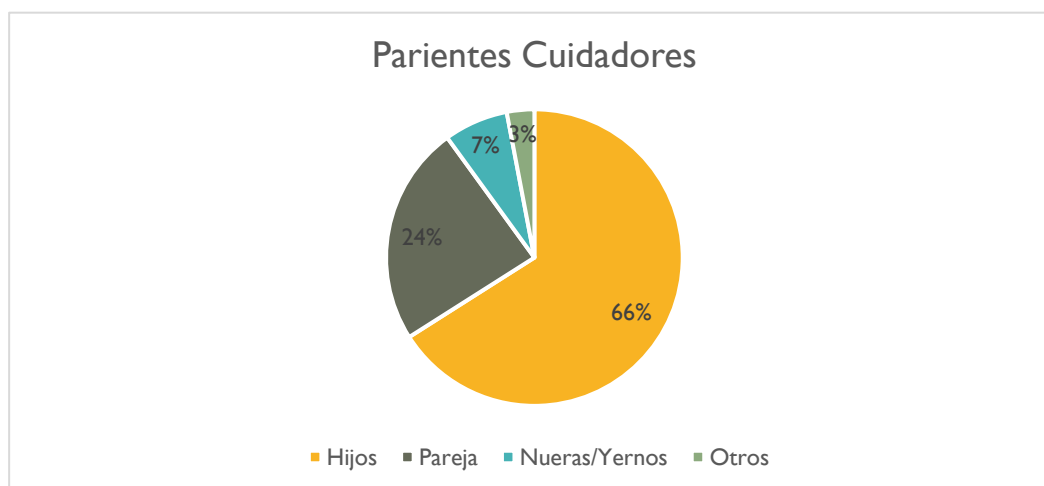
		2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
<b>TOTAL</b>		61	96	83	68	86	67	61	96
	♂	57%	57%	54%	63%	69,2%	59,7%	57%	57%
	♀	43%	43%	46%	37%	30,8%	40,3%	43%	43%

En relación a las enfermedades que padecen las personas mayores en situación de dependencia, nos encontramos una bastante variedad además de historias clínicas mayoritariamente pluripatológicas. De entre las enfermedades más presentes aparecen las siguientes: el Alzheimer y las demencias con un 41%,

los ACV/ictus un 15%, problemas de movilidad un 31%, el Parkinson con un 10% y la diabetes un 7%.

Y ya, por último, analizamos la relación de parentesco existente entre personas cuidadoras y cuidadas. Una vez más se mantiene la tendencia de ser las hijas e hijos quienes se encargan mayoritariamente del cuidado principal en un 66% de los casos; en segundo lugar, las parejas en un 24% y en tercer lugar las nuera/yerno en un 7% de las ocasiones y un 9% otros (donde se incluyen hermanas y sobrinas).

Al segregar estos datos por sexos, se mantiene la tendencia de feminización en el cuidado una vez más, ya que son las hijas en un 86% de los casos de cuidado por descendientes directos (frente al 14% de hijos). En el caso de las parejas, las mujeres cuidan de sus compañeros en un 69% de las ocasiones, frente al 31% de varones que cuidan de sus compañeras.



#### d) Galicia

Durante el periodo 2014-2017 han participado un total de 408 personas, de las cuales son mujeres 66,5% y varones el 33,5%, ligero aumento de la participación masculina.

	2017	2016	2015	2014
<b>Total</b>	126	138	82	126
♀	31%	39%	33%	31%
♂	69%	61%	67%	69%

En cuanto al **cuidado principal**, éste recae en un **90%** sobre las **mujeres**, frente al **10%** de los **varones**. Es decir, una vez más estamos ante una comunidad en la que el **cuidado** de familiares en situación de dependencia se presenta **mayoritariamente feminizado**.

El **promedio de edad** de las **personas participantes** es de **58,5 años**, segregado por sexos nos muestra un promedio de **58.9 años** para las **mujeres** y **57.8 años** para los **varones**.

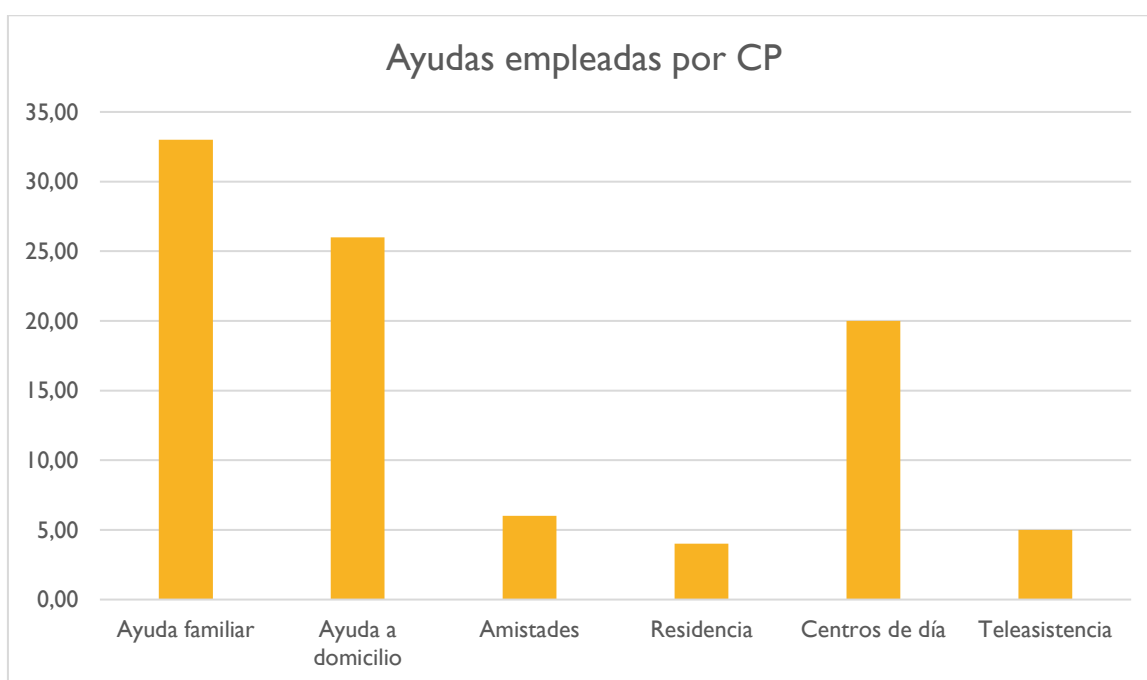
En cuanto a las **personas que apoyan al cuidado**, se ha trabajado con un **38%** de **mujeres** y un **62%** de **varones**.

Sobre la **situación laboral** de las **personas participantes**, nos encontramos el orden siguiente: **23%** **situación de desempleo**; **38%** **activo y jubiladas/jubilados** **30%**.



En relación al tiempo de cuidado, los resultados son de algo más de 15,3 horas al día. En cuanto al promedio de años cuidando, el resultado es superior a 8 años pero igualmente se trata de perfiles de cuidadoras de larga duración y una gran implicación diaria.

Pasamos a analizar qué tipo de ayudas son las más solicitadas por las CP de Galicia. En este caso nos encontramos que, una vez más, es la ayuda familiar la que aparece en primer lugar en el 33% de los casos, SAD el 26%, centros de día el 20%, ayudas de amistades 6%, teleasistencia 5% y residencias 4%.

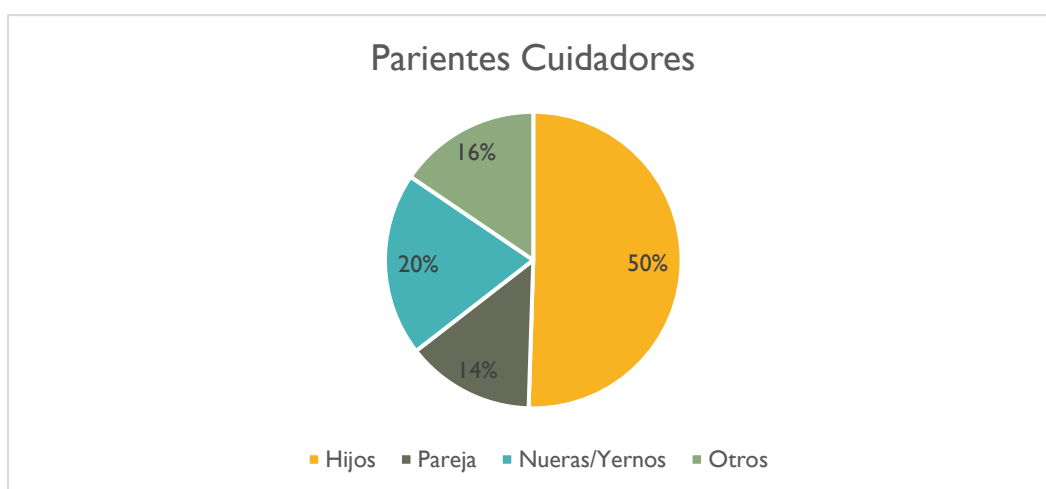


En cuanto a los resultados de participación indirecta, el programa ha beneficiado a 405 personas en situación de dependencia. De ellas, el 70,75 % son mujeres y el 29,25% varones. En relación a su edad, el promedio se encuentra alrededor de los 80 años.

En relación a las enfermedades que padecen las personas mayores en situación de dependencia, nos encontramos que las demencias y el Alzheimer se presentan con una incidencia muy alta (57%); seguidas de ACV/ictus (17%); problemas de movilidad 7%; Parkinson 6%; discapacidad intelectual (6,6%) y trastornos de salud mental (5,5%).

Y, por último, analizamos la relación de parentesco existente entre personas cuidadoras y cuidadas. Una vez más se mantiene la tendencia de ser las **hijas e hijos** quienes se encargan mayoritariamente del cuidado principal en un **50,5%** de los casos; en segundo lugar las **nueras y yernos** en un **20%** de las ocasiones, en tercer lugar **cónyuges o parejas** en un **14%** y **otras personas** en el **15,5** (incluyendo hermanas y sobrinas).

Atendiendo al género, las **hijas** son las cuidadoras más frecuentes dentro del grupo de progenitores, con un **81%** frente al **19%** de los hijos varones.



e) **Albacete**

En esta provincia, se ha trabajado durante dos años (2016 y 2017), llegando a un total **207 personas cuidadoras** de las cuales son **mujeres 58%** y **varones el 42%**.

	<b>2017</b>	<b>2016</b>
<b>Total</b>	131	76
♀	42%	38%
♂	57%	62%

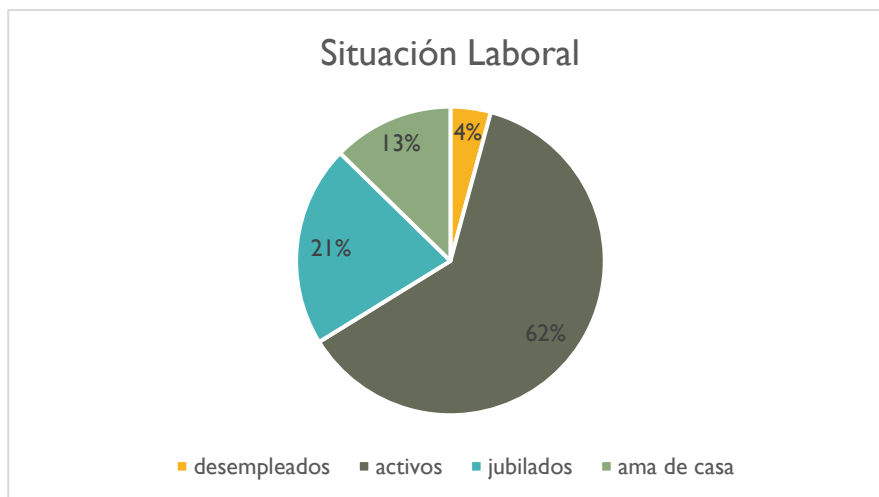


En cuanto al **cuidado principal**, éste recae en un **94%** sobre las **mujeres**, frente al **6%** de los **varones**. Es decir, una vez más estamos ante una comunidad en la que el **cuidado** de familiares en situación de dependencia se presenta mayoritariamente feminizado.

El **promedio de edad** de las personas CP es de **54,6 años**, segregado por sexos nos muestra un promedio de **57,52 años** para las **mujeres** y **51.68 años** para los **varones**.

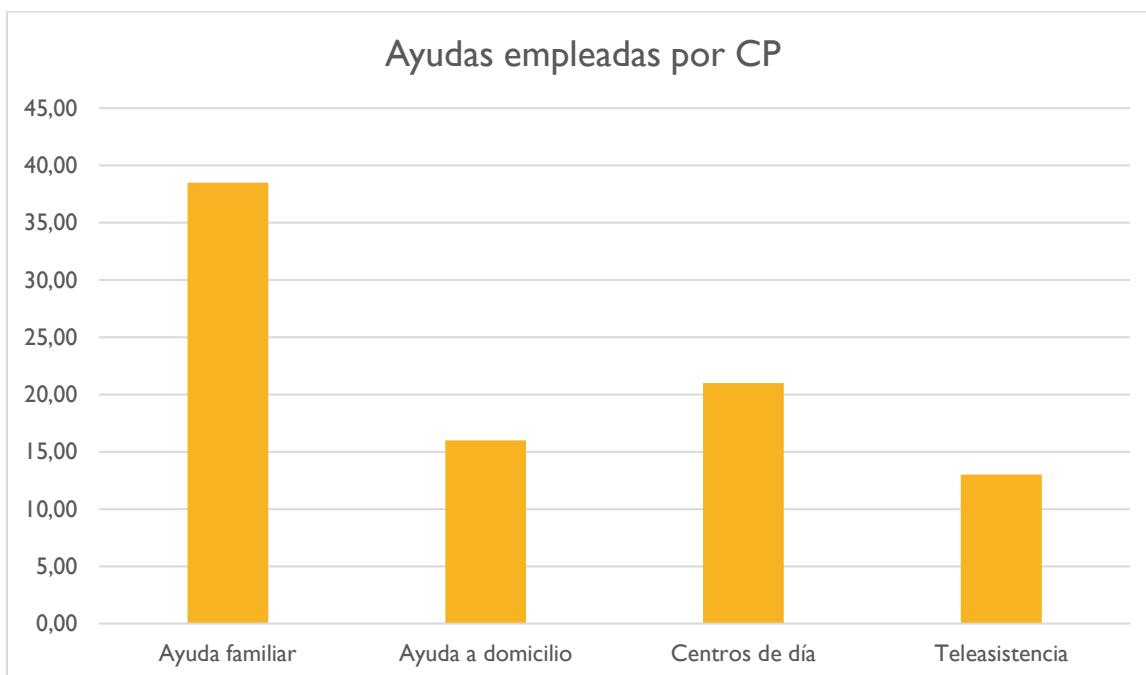
En cuanto a las personas que apoyan al cuidado, un **24%** son **mujeres** y un **76%** **varones**.

Sobre la situación laboral de las personas participantes, nos encontramos el orden siguiente: **44%** **activo**, **jubiladas/jubilados** **15%**, **3%** **situación de desempleo** y **amas de casa** **38%**.



En relación al tiempo de cuidado, los resultados son de algo **más de alrededor de 10,5 horas al día**. En cuanto al **promedio de años cuidando**, el resultado es de casi **10 años**, pero igualmente se trata de perfiles de cuidadoras de larga duración y una gran implicación diaria.

Pasamos a analizar qué tipo de ayudas son las más solicitadas por las CP de Albacete. En este caso nos encontramos que, una vez más, es la **ayuda familiar** la que aparece en primer lugar en el **38,5%** de los casos, **SAD** el **16%**, **centros de día** el **21%**, **teleasistencia** **13%**. El resto de opciones aparecen apenas representadas.



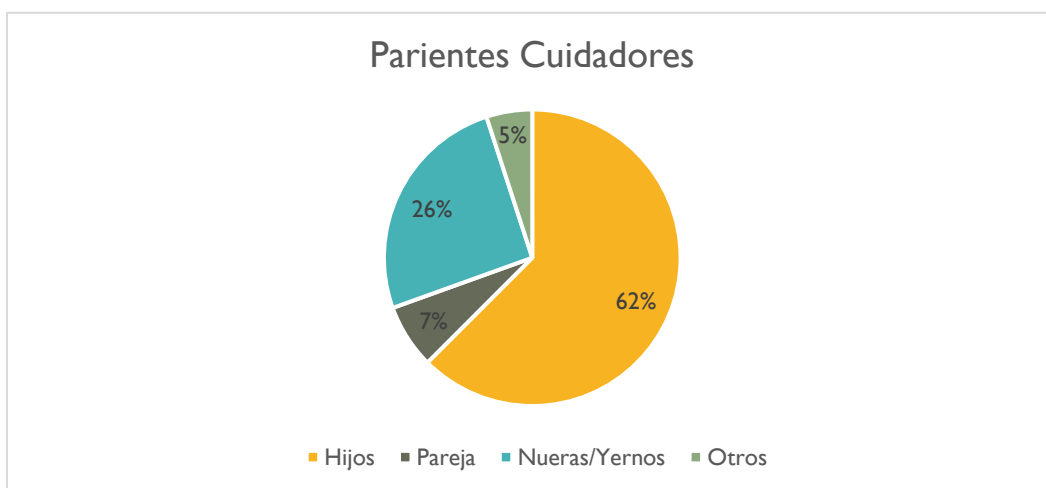
En cuanto a los resultados de participación indirecta, el programa ha beneficiado a **111 personas** en situación de dependencia. De ellas, el **49,5%** son mujeres y el **50,5%** varones.

En relación a las **enfermedades** que padecen las personas mayores en situación de dependencia, nos encontramos que el **Alzheimer** se presentan con una incidencia del **58,5%**; seguida de **artrosis**, **problemas de movilidad** (**23%**), **osteoporosis** (**14,5%**); **ACV/ictus** (**11%**); **depresión** (**9%**), **problemas respiratorios** **8%** y **Parkinson** **7,2%**.

Y, por último, analizamos la relación de parentesco existente entre personas cuidadoras y cuidadas. Una vez más se mantiene la tendencia de ser las **hijas e hijos** quienes se encargan mayoritariamente del cuidado principal en un **62,5%** de los casos; en segundo lugar las **nueras y yernos** en un **25,5%** de las

ocasiones, en tercer lugar cónyuges o parejas en un 7%; otras personas en el 5%.

Atendiendo al género, las hijas son las cuidadoras más frecuentes dentro del grupo de progenitores, con un 88% frente al 12% de los hijos varones.



## 4. EFICACIA DEL PROGRAMA

### 4.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA INTERVENCIÓN

Se analizó cuantitativamente la intervención desde el modelo de cuidado equilibrado en el contexto del programa "cuidarela" desarrollado en estos últimos 7 años.

Para alcanzar este objetivo, se desarrollaron los siguientes subpartados:

## ESTUDIO 1. EFICACIA PROGRAMA CUIDARELAX

En primer lugar, se analizaron cuantitativamente los resultados del programa Cuidarelix en los últimos siete años, los cuáles se describen a continuación:

### a) Descripción de la muestra

El estudio se realizó con 505 cuidadores informales que participaron en el programa Cuidarelix (programa de psicoeducación en el modelo de cuidado equilibrado en balnearios), de los cuales 251 pertenecían a la Comunidad Valenciana (49,7%), 195 pertenecían a Aragón (38,6%) y 59 (11,7%) pertenecían a la Comunidad Autónoma de la Rioja.

De los 505 participantes, 290 eran cuidadores principales. Es decir, personas que llevaban cuidando de al menos un familiar dependiente mayor de 65 años durante al menos un año de manera continuada. De éstos, 254 eran mujeres, lo que implica el 87,5% de los cuidadores principales que participaron en el estudio eran mujeres, que solo participaron 37 hombres, lo que significa que el 12,5% de los participantes eran hombres. En cuanto a la edad la media obtenida de entre todos los cuidadores principales que participaron en la intervención fue de 57,4 años.

El tiempo medio total dedicado al cuidado fue de 6 años y medio, mientras que la media de horas dedicadas al día al cuidado fue de 13,8 horas y la media de días de cuidado por semana es de 6,72 días. El 90% de los cuidadores prestan sus cuidados a la persona mayor diariamente.

De los 290 cuidadores principales que participaron en el estudio, el 13,2% eran esposos o esposas de la persona cuidada, el 70 % eran hijos, el 9,1% eran yernos o nueros de la persona cuidada, el 2,1% eran sobrinos o sobrinas, el 3,1% son hermanos y por último el 2,4% de los cuidadores principales que participaron en el estudio tenían otro parentesco.

El 30,6 % de los cuidadores principales no tenían estudios más allá de los obligatorios y, solo el 7,3 % tenían estudios universitarios. En cuanto a la profesión el 45,8 % de los cuidadores eran amas de casa. La situación laboral más común era la de parado o sin trabajo, un 39,7%, seguido de los cuidadores que estaban activos, un 36,3 %, el 23,5% estaban jubilados y por último el 0,5 % estaba en situación de invalidez.

En cuanto a la ayuda del cuidado el 71,4 % recibía ayuda de un familiar, el 14,1% recibía ayuda de sus amigos, el 13,9 % de los vecinos, el 3,5 % recibía ayuda de voluntarios y el 18,6% recibía otro tipo de ayudas.

La razón de cuidado más común es una razón extrínseca (88,7 %), frente a una razón de cuidado intrínseca (11,3%).

Finalmente, el 34% de los cuidadores consumen algún tipo de fármacos siendo los más comunes los ansiolíticos, en el 35% de los casos, seguidos de los antidepresivos, en el 31%. de los casos, de los ansiolíticos combinados con los antidepresivos, en un 11%, de los antipsicóticos, en un 4%, y las menos utilizadas son las terapias alternativas, en un 1% de los casos.

Según estos datos el perfil prototípico que se estableció del cuidador principal que participó en el programa de intervención es el de una cuidadora mujer de mediana edad, que lleva 6 años y medio siendo cuidador, dedica al día unas 14 horas al cuidado, principalmente hijas del mayor cuidado, con estudios medios, sin trabajo, la razón del cuidado era extrínseca y casi un tercio consumía algún tipo de psicofármacos para poder sobrellevar el malestar producido por el cuidado.

En relación a los cuidadores de apoyo, es decir, personas escogidas por el cuidador principal y que desempeñan un papel de apoyo en los cuidados, 215 son los que se evaluaron. Los cuidadores de apoyo mayoritarios eran hombres, un 69,8 %, frente a un 30,2% de mujeres. La mayoría de los cuidadores de apoyo, un 58,9%, eran yernos o nueras de la persona cuidada, el 16,8 % eran

hijos, el 5% hermanos, el 4,3% sobrinos y el 19,5% tenía otro tipo de parentesco con el mayor cuidado.

La edad de media de estos cuidadores era de 54 años. El 33,3% de los cuidadores de apoyo solo tenían los estudios obligatorios, pero el 26,7 % tenían estudios universitarios.

En cuanto al trabajo que realizaban la inmensa mayoría eran obreros o trabajadores, un 55,7 %, mientras que el 10,3 % era ama de casas. Casi la mitad de los cuidadores, un 49,7%, estaban trabajando en la actualidad, el 17% estaba en paro, el 30% jubilado, el 7% era estudiante y el 2,6% se encontraba en situación de invalidez.

Basado en los datos obtenidos por el análisis descriptivo se realizó el perfil prototípico del cuidador de apoyo que participó en el programa es el de un cuidador varón, de mediana edad, yerno del mayor cuidado, con estudios medios y que trabajan en la actualidad.

Por último, en relación con la persona cuidada, en su mayoría eran mujeres, el 53,1%, mientras que el 46,9 % de las personas cuidadas eran hombres. El 50% de las personas cuidadas tenía algún tipo de demencia, el 28,26% tenía enfermedades cardiovasculares, el 32,6% tenía problemas osteomusculares y el 7,8% tenía un proceso cancerígeno.

El recurso comunitario más utilizado por los cuidadores que participaron en las jornadas de sociobalnetoterapia fue el servicio de ayuda a domicilio, utilizado por un 36,9 %, seguido del servicio de teleasistencia, utilizado por un 30% de los cuidadores y las personas mayores, el siguiente recurso más utilizado es el del centro de día, en un 18,7% de los casos, y por último el menos utilizado es el de la residencia, en un 10,4% de los casos.

## **b) Variables e instrumentos**

Las variables e instrumentos empleados para analizar las variables fueron los siguientes:

Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; versión española de Vázquez & Sanz, 1991): El BDI es el cuestionario más utilizado para medir los niveles de depresión, para ello evalúa la sintomatología depresiva del sujeto durante la última semana.

Cuestionario para la ansiedad del POMS (Profile of Mood States, McNair, Lorr, & Droppleman, 1971). El POMS es un cuestionario utilizado para medir 6 estados de ánimo: cólera, depresión, fatiga, vigor, amistad y tensión que es la que se utilizará en este estudio.

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview, CBI; Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980, versión española Martín et al., 1996). Es el único cuestionario que mide sobrecarga subjetiva adaptada a la población española.

Escala de satisfacción con el cuidado. Escala de Satisfacción con el Cuidado (Lawton & Moss, 2000) Cuestionario que mide la satisfacción del cuidador con el cuidado.

## **c) Procedimiento**

### **c.1) Captación de los participantes del estudio**

El proceso de captación de candidatos para el programa se realizó por medio de tres vías: (a) Trabajadoras sociales de la Unión democrática de pensionistas (UDP) en los Servicios de ayuda a domicilio (SAD) y teleasistencia; (b) Coordinación de las trabajadoras sociales de UDP con las de los ayuntamientos y comunidades. (c) Recomendación a familiares o personas conocidas de cuidadores de personas mayores que participaron en otros programas realizados anteriormente.

### c.2) Evaluación pre-tratamiento

Después de realizar la fase de captación de los participantes se supervisó si cada uno de los cuidadores cumplía con los requisitos que el programa requiere por medio de una llamada telefónica.

A continuación, se realizó una entrevista inicial presencial y se les administró a batería de escalas pre-tratamiento a ambos cuidadores de manera auto-aplicada.

### c.3) Intervención:

El programa psicoeducativo se llevó a cabo durante un fin de semana (viernes tarde, sábado completo y domingo completo) en un balneario. Se seleccionaron los siguientes balnearios por las características que presentan, de acuerdo con las necesidades que tiene el programa de intervención: (a) El balneario Hervideros de Cofrentes situado en la Comunidad Valenciana; (b) El balneario Alhama de Aragón situado en la comunidad de Aragón y (c) El hotel Spa Arnedillo situado en la comunidad autónoma de la Rioja.

El programa de psicoeducación se basó en el modelo de cuidado equilibrado (Ortiz & Martínez, 2013). Para ello, los contenidos se estructuraron en cinco sesiones de una hora y media cada una aproximadamente, dejando un descanso de 15 minutos para evitar el cansancio de los participantes del programa. Las sesiones se repartieron a lo largo de los tres días (una el primer día, dos el segundo y dos el último día). Estas sesiones tienen los siguientes contenidos y en ellas se realizan las siguientes actividades:

**Primera sesión, "date un respiro y disfruta":** Durante la primera sesión se realizó la presentación del programa. Después, se explicaron las consecuencias de cuidar a un familiar mayor dependiente, la importancia del cuidado equilibrado, los derechos del cuidador, la importancia de darse permiso para disfrutar y se terminará con un pequeño ejercicio de técnicas de relajación.

**Segunda sesión, "aprender a sentirnos mejor 1":** en esta sesión se enseñó a los participantes la importancia de conocer el estado emocional, se dieron pautas para controlar la irritabilidad, controlar la tristeza, intentar reducir los sentimientos de culpa derivados del cuidado y se finalizó cada sesión dando pautas a los propios cuidadores sobre como adquirir habilidades de autocontrol emocional.



Tercera sesión, “aprender a sentirnos mejor 2”:

en la tercera sesión se explicaban técnicas básicas de gestión emocional basadas en la risoterapia y, para terminar, se les explicaron los primeros auxilios emocionales, que son las primeras intervenciones utilizadas a la hora de enfrentarse a una situación de crisis.

Cuarta sesión, “apuesta por la conciliación”:

Esta cuarta sesión buscaba analizar la división de roles género en el cuidado y las relaciones del cuidado según el sexo del cuidador, los conflictos generacionales que se pueden generar. También sirvió para explicar estrategias de conciliación y corresponsabilidad, para poner límites al cuidado, saber cómo pedir ayuda y finalmente se les indicaba cómo poder gestionar de manera adecuada los tiempos en el contexto del cuidado con el objetivo de evitar las consecuencias negativas del estrés del cuidador.

Sesión 5, “pasemos a la acción: compromiso de mejora”:

en la sesión final se fomentaba el uso de estrategias para la mediación en conflictos familiares, de estrategias para conseguir mejorar su calidad de vida y finalmente se incentivaba el apoyo mutuo entre los cuidadores y el compromiso personal de cambiar su manera de afrontar el cuidado del mayor.

Estas cinco sesiones se intercalaban con balneoterapia (circuitos termales y momentos de ocio para convivir con otros cuidadores con el objetivo de crear redes de apoyo a los cuidadores y enseñar a los cuidadores a que sí que pueden tener momentos de ocio y tiempo libre, aunque tengan la responsabilidad del cuidado).

#### c.4) Evaluación post-tratamiento

Al finalizar los programas de intervención se procedió a valorar a los cuidadores que participaron con los cuestionarios aplicados en la valoración pre-tratamiento con el objetivo de observar si hubo cambios, positivos o negativos, gracias al programa realizado.

Al igual que en la evaluación pre-tratamiento, los test que se aplicaron en la evaluación post-tratamiento son el inventario de depresión de Beck, la escala de ansiedad del cuestionario POMS, la escala de satisfacción con el cuidado, el cuestionario CBI de carga subjetiva y el cuestionario de desadaptación.

### c.5) Seguimiento

Se diseñó un protocolo de seguimiento donde se establecían dos medidas para el seguimiento. La primera hace referencia al seguimiento telefónico sólo de los cuidadores principales, donde se evalúa la visión subjetiva de la mejora del cuidado y de los cambios que, a su percepción, el cuidador ha experimentado respecto del cuidado. La segunda medida de protocolo es el envío postal de batería de test post, tanto a cuidadores principales como de apoyo con una carta de instrucciones. Esta batería post-tratamiento para realizar el seguimiento de los cuidadores, al igual que en las dos anteriores evaluaciones, recogían los niveles de ansiedad utilizando la escala de ansiedad del cuestionario POMS, el nivel de depresión utilizando la escala BDI de depresión, la carga subjetiva la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (CBI), escala de desajuste y la escala de satisfacción con el cuidado.

Esta evaluación se realizó a los tres meses de participar en las jornadas de sociobalnearioterapia.

### *d) Análisis de datos*

En primer lugar, con el objetivo de realizar una descripción detallada de la muestra, se realizaron análisis descriptivos de las variables socio-demográficas de la muestra y de las características relacionadas con el cuidado.

Se estudió la homogeneidad de la muestra de intervención realizando los dos análisis para las variables de sexo y de tipo de cuidador, en las variables dependientes, en las variables socio-demográficas del cuidador y en las características relacionadas con el cuidado, mediante ANOVAs de un factor para las variables cuantitativas y pruebas de Chi Cuadrado para las variables cualitativas, teniendo en cuenta para las ANOVAs la prueba de homogeneidad de varianzas de Levene.

Para poder determinar si el tratamiento es eficaz a corto plazo, se analizaron los cambios que había en las variables dependientes (ansiedad, depresión, carga subjetiva y satisfacción) en la medida post-tratamiento al finalizar la intervención, en comparación con la medida pre-tratamiento. Para ello, se utilizaron ANOVAs de medidas repetidas con el objetivo de comprobar si al realizar la intervención mejoran los niveles de las variables dependientes. Estos análisis se realizaron tomando como factores tanto el tipo de cuidador como el

sexo del cuidador, con el objetivo de comprobar si hay diferencias en el tipo de cuidador y en el sexo del cuidador en la evolución de las variables dependientes.

En tercer lugar, se realizaron ANOVAs de medidas repetidas para la medida pre-tratamiento, la medida post-tratamiento recogida nada más finalizar las intervenciones y las medidas recogidas durante el seguimiento con el objetivo de comprobar si al realizar las jornadas mejoran los niveles de las variables dependientes y si esta mejora se mantiene en el tiempo. Estos análisis se realizarán tomando como factores tanto el tipo de cuidador como el sexo del cuidador con el objetivo de comprobar si hay diferencias en el tipo de cuidador y en el sexo en la evolución de las variables dependientes. Se realizó en el segundo análisis para cada una de las comparaciones se utilizó la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples.

#### *e) Eficacia del programa*

Se analizó la eficacia del programa disminuyendo la ansiedad, la depresión y la carga subjetiva e incrementando la satisfacción con el cuidado de los cuidadores participantes. Para ello, se administraron las siguientes escalas antes, después y a los tres meses del programa:

##### *e.1. Eficacia del programa a corto plazo*

Para poder comprobar si existían diferencias entre las medidas pre-tratamiento y post-tratamiento en las variables cuantitativas (depresión, ansiedad, carga subjetiva y satisfacción del cuidado) y comprobar así la eficacia de las jornadas nada más terminarlas, se han realizado ANOVAs de medidas repetidas, entre las medidas pre-tratamiento y la medida post-tratamiento, tomando como variable independiente tanto los tipos de cuidador como el sexo de los cuidadores.

Una vez realizadas las ANOVAs tomando como variable factor los tipos de cuidadores, como se observa en la tablas 3 y 4, se encontraron diferencias en cuanto a la interacción entre la depresión y los tipos de cuidadores ( $F(1,451)5,818$ ;  $p < 0,05$ ), donde se observó que los cuidadores de apoyo

mejoraron los niveles de depresión en mayor medida que los cuidadores principales, en las medidas de ansiedad se encontraron diferencias en la interacción entre la ansiedad y los tipos de cuidadores ( $F(1,430) = 16,023$ ;  $p < 0,01$ ).

También se encontraron diferencias entre la ansiedad pre-tratamiento y la ansiedad post-tratamiento ( $F(1,430) = 27,441$ ;  $p < 0,01$ ), encontrándose diferencias significativas en la comparación por pares entre la medida pre-tratamiento de ansiedad y la medida post-tratamiento de ansiedad ( $p < 0,05$ ) y entre la comparación por pares del cuidador principal y el cuidador de apoyo ( $p < 0,05$ ), observándose que ambos cuidadores disminuyeron sus niveles de ansiedad significativamente, pero los cuidadores principales disminuyeron en mayor medida sus niveles de ansiedad en comparación a los cuidadores de apoyo.

Se encontraron diferencias significativas en las medidas de carga subjetiva total de la medida pre-tratamiento y la medida post-tratamiento ( $F(1,449) = 896,222$ ,  $p < 0,01$ ), en la interacción entre la carga subjetiva y el tipo de cuidador ( $F(1,449) = 190,757$ ), encontrándose también diferencias en la comparación por pares entre los tipos del cuidador ( $p < 0,01$ ) y entre la medida pre-tratamiento y post-tratamiento ( $p < 0,01$ ), observándose que ambos cuidadores disminuyeron sus niveles de carga subjetiva significativamente, pero los cuidadores principales mejoraron en mayor medida sus niveles de carga subjetiva en comparación a los cuidadores de apoyo.

Finalmente se encontraron diferencias significativas del nivel de satisfacción del cuidado en la medida pre-tratamiento y en la medida post-tratamiento ( $F(1,401) = 131,010$ ,  $p < 0,01$ ), en la interacción entre la satisfacción y el cuidador ( $F(1,401) = 45,177$ ,  $p < 0,01$ ), y se encontraron también diferencias en las comparaciones por pares entre la medida pre-tratamiento de la satisfacción del cuidado y la medida post-tratamiento ( $p < 0,01$ ), observándose que la satisfacción disminuía en la medida post-tratamiento.

Tabla 3.

*Análisis comparativo entre la medida pre-tratamiento y la medida post-tratamiento (nada más terminar las jornadas) dependiendo de los tipos de cuidador*

	<b>F(gl)</b>	<b>Sig.</b>
<b>Depresión</b>		
Depresión*Tipo del cuidador	$F_{(1,451)} = 5,818$ 3	0,04
<b>Ansiedad</b>		
Medida pre y post	$F_{(1,430)} =$	0,00
Ansiedad*Tipo del cuidador	27,441 $F_{(1,430)} = 16,023$ 1	0,00
<b>Carga subjetiva</b>		
Medida pre y post	$F_{(1,449)} =$	0,00
Carga subjetiva*Tipo del cuidador	896,222 $F_{(1,449)} =$ 190,757 1	0,00
<b>Satisfacción</b>		
Medida pre y post	$F_{(1,401)} =$	0,00
Satisfacción*Tipo del cuidador	131,010 $F_{(1,401)} =$ 45,177 1	0,00

Tabla 4.

*Media y desviación típica de la medida pre-tratamiento y la medida post-tratamiento (nada más terminar las jornadas) dependiendo de los tipos de cuidador*

	<i>Medida pre-tratamiento</i>		<i>Medida post-tratamiento</i>	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
<b><i>Depresión</i></b>				
<i>Cuidador principal</i>	13,0	9,3	14,5	12,8
<i>Cuidador de apoyo</i>	9,3	8,0	7,8	11,8
<b><i>Ansiedad</i></b>				
<i>Cuidador principal</i>	20,4	10,2	15,5	5,1
<i>Cuidador de apoyo</i>	14,5	10,8	13,9	10,0
<b><i>Carga subjetiva</i></b>				
<i>Cuidador principal</i>	57,9	18,8	9,4	19,5
<i>Cuidador de apoyo</i>	54,4	23,5	36,5	9,6
<b><i>Satisfacción</i></b>				
<i>Cuidador principal</i>		9,2	15,6	5,9
<i>Cuidador de apoyo</i>	23,9	7,1	18,1	7,1
	20,3			

Por otro lado se realizaron ANOVAs de medidas repetidas tomando como variable factor el sexo de los cuidadores, como se observa en las tablas 5 y 6, encontrándose diferencias significativas entre la ansiedad total en la medida pre-tratamiento y en la medida post-tratamiento ( $F(1,430) = 19,788, p < 0,01$ ), en la interacción entre ansiedad y sexo de los cuidadores ( $F(1,430) = 22,5875, p < 0,01$ ) y en la comparación por pares entre la medida pre-tratamiento de ansiedad y post-tratamiento de ansiedad ( $p < 0,01$ ) y entre mujeres y hombres ( $p < 0,01$ ), observándose que las cuidadoras mejoraron significativamente en mayor medida sus niveles de ansiedad en comparación con los cuidadores, aunque ambos disminuyeron significativamente sus niveles de ansiedad.

También se encontraron diferencias significativas entre la medida pre-tratamiento de la carga subjetiva y la medida post-tratamiento ( $F(1,449) = 661,221, p < 0,01$ ), en la interacción entre carga subjetiva y el sexo del cuidador ( $F(1,449) = 96,527, p < 0,01$ ) y se encontraron diferencias significativas en la

comparación por pares entre la medida pre-tratamiento de carga subjetiva y la medida post-tratamiento de carga subjetiva ( $p < 0,01$ ), al igual que entre las mujeres y los hombres ( $p < 0,01$ ), observándose que los cuidadores de ambos sexos disminuyeron sus niveles de carga subjetiva significativamente, pero las cuidadoras disminuyeron en mayor medida sus niveles de carga subjetiva en comparación a los cuidadores.

Finalmente al realizar la ANOVA de medidas repetidas para comprobar las diferencias significativas en la satisfacción del cuidado se descubrió que existían diferencias significativas entre la medida pre-tratamiento y la medida post-tratamiento ( $F(1,401) = 111,044$ ,  $p < 0,01$ ), en la interacción entre la satisfacción y el sexo del cuidador ( $F(1,401) = 27,762$ ,  $p < 0,01$ ), y por último se encontraron diferencias en la comparación por pares entre la medida pre-tratamiento y la medida post-tratamiento ( $p < 0,01$ ), por lo que se pudo afirmar que los cuidadores vieron disminuida su satisfacción con el cuidado y también que las cuidadoras vieron más disminuida su satisfacción con el cuidado en comparación con los cuidadores.

Tabla 5.

*Análisis comparativo entre la medida pre-tratamiento y la medida post-tratamiento (nada más terminar las jornadas) dependiendo del sexo del cuidador*

	<b>F(gl)</b>	<b>Sig.</b>
<b>Ansiedad</b>		
Medida pre y post	$F_{(1,430)} = 19,788$	0,001
Ansiedad* Sexo	$F_{(1,430)} = 22,5875$	0,001
<b>Carga subjetiva</b>		
Medida pre y post	$F_{(1,449)} = 661,221$	0,001
Carga subjetiva* Sexo	$F_{(1,449)} = 96,527$	0,001
<b>Satisfacción</b>		
Medida pre y post	$F_{(1,401)} = 111,044$	0,001
Satisfacción*Sexo	$F_{(1,401)} = 27,762$	0,001

Tabla 6.

*Media y desviación típica de la medida pre-tratamiento y la medida post-tratamiento (nada más terminar las jornadas) dependiendo del sexo del cuidador*

	Medida pre-tratamiento		Medida post-tratamiento	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación típica
<b>Ansiedad</b>				
Mujer	20,2	10,7	15,2	7,2
Hombre	13,8	10,1	14,0	8,8
<b>Carga subjetiva</b>				
Mujer	58,2	21,0	14,3	16,5
Hombre	53,3	21,0	33,7	19,5
<b>Satisfacción del cuidado</b>				
Mujer	23,2	8,6	15,7	5,8
Hombre	20,8	8,1	18,3	7,4

*e.2. Eficacia del programa a largo plazo*

Al igual que se hizo en la anterior comparación para poder comprobar si existen diferencias significativas entre las medidas pre-tratamiento, la medida post-tratamiento nada más terminar las jornadas y la medida en el seguimiento para las variables cuantitativas (depresión, ansiedad, carga subjetiva y satisfacción del cuidado) y comprobar así la eficacia de las jornadas en un periodo de tres meses se han realizado ANOVAs de medidas repetidas, entre las medidas pre-tratamiento y la medida post-tratamiento, tomando como variable independiente tanto los tipos de cuidador como el sexo de los cuidadores.

Al realizar las ANOVAs de medidas repetidas tomando como factor los tipos de cuidadores, como se observa en la tablas 7 y 8, se encontraron diferencias tendentes a la significancia en cuanto a la medida pre-tratamiento de ansiedad, la medida post-tratamiento y la medida realizada en el seguimiento ( $F(2,24) = 4,682$ ,  $p < 0,061$ ) y al realizar la comparación por pares se encontraron diferencias entre el cuidador de apoyo y el cuidador principal ( $p < 0,05$ ), por lo que se pudo afirmar que aunque el programa no resultó significativamente



eficaz hubo una tendencia hacia la significancia, encontrándose que para el conjunto de los cuidadores las jornadas fueron eficaces y observándose también que los cuidadores principales se beneficiaron significativamente más del programa que los cuidadores de apoyo.

En cuanto a la carga subjetiva se encontraron diferencias significativas entre la medida pre-tratamiento, la medida post-tratamiento al terminar las jornadas y la medida en el seguimiento ( $F(2,26) = 31,501, p < 0,01$ ), en la interacción entre la carga subjetiva y el tipo de cuidador ( $F(2,26) = 32,985, p < 0,01$ ), y entre la medida pre-tratamiento de carga subjetiva y la medida post-tratamiento de la carga subjetiva observándose diferencias significativas ( $p < 0,01$ ), al igual que al realizar la comparación entre la carga subjetiva en la medida post-tratamiento y la medida de carga subjetiva en el seguimiento ( $p < 0,01$ ), por lo que se puede afirmar que pese a que la carga en los cuidadores disminuyó después de la intervención, en mayor medida en los cuidadores principales, en el seguimiento volvió a la línea base.

Por último al analizar los resultados de las ANOVAs de medidas repetidas para comprobar los resultados de la satisfacción del cuidado se encontraron diferencias significativas entre la medida pre-tratamiento, la medida post-tratamiento al terminar las jornadas y la medida en el seguimiento ( $F(2,24) = 5,009, p < 0,05$ ) y en la comparación entre la medida pre-tratamiento de la satisfacción con el cuidado y entre la medida de la satisfacción con el cuidado realizada en el seguimiento ( $p < 0,05$ ), por lo tanto podemos ver, pese a que los niveles de satisfacción bajan después de la intervención, en el seguimiento mejoran significativamente en comparación con la medida pre-tratamiento mejorando más los cuidadores principales en comparación con los de apoyo.

Tabla 7.

*Análisis comparativo entre la medida pre-tratamiento, la medida post-tratamiento (nada más terminar las jornadas) y seguimiento según el tipo del cuidador*

	<i>F(gl) / <math>\chi^2</math> (gl)</i>	<i>Sig.</i>
<b>Ansiedad</b> <i>Medida pre, post y seg.</i>	$F_{(2,24)} = 3,154$	$0,061^{(1)}$
<b>Carga subjetiva</b> <i>Medida pre, post y seg.</i>	$F_{(2,26)} = 31,501$	$0,001$
<i>Carga subjetiva*Tipo del cuidador</i>	$F_{(2,26)} = 32,985$	$0,001$
<b>Satisfacción</b> <i>Medida pre, post y seg.</i>	$F_{(2,24)} = 5,009$	$0,015$

(1)Tendencia a la significación.

Tabla 8.

*Media y desviación típica de la medida pre-tratamiento, la medida post-tratamiento (nada más terminar las jornadas) y la medida realizada en el seguimiento dependiendo del tipo del cuidador*

	<b>Medida pre-tratamiento</b>		<b>Medida post-tratamiento</b>		<b>Medida en seguimiento</b>	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
<b>Ansiedad</b>						
Cuidador principal	17,3	8,7	17,5	4,8	9,2	8,2
Cuidador de apoyo	7,7	5,1	10,5	10,1	6,3	4,7
<b>Carga subjetiva</b>						
Cuidador principal	53,2	13,7	5,4	10,1	44,1	10,1
Cuidador de apoyo	43,2	8,8	44,1	4,9	50,9	4,9
<b>Satisfacción del cuidado</b>						
Cuidador principal	17,3	4,3	15,2	4,4	21,1	3,0
Cuidador de apoyo	18	3,6	18,0	6,7	20,3	4,5

Por otro lado se realizaron ANOVAs de medidas repetidas tomando como variable factor el sexo, como se observa en las tablas 9 y 10, de los cuidadores encontrándose resultados tendentes a la significación en cuanto a la medida pre-tratamiento de ansiedad, la medida post-tratamiento al terminar las jornadas y la medida en el seguimiento ( $F(2,24) = 4,682, p < 0,061$ ) y diferencias significativas en la comparación por pares entre los hombres y las mujeres ( $p < 0,05$ ), aunque ambos obtuvieron niveles menos elevados de ansiedad mejoraron en mayor medida las mujeres que los hombres.

Se encontraron también diferencias significativas al realizar la ANOVAs de medidas repetidas para la carga subjetiva entre la medida pre-tratamiento, la medida post-tratamiento al terminar las jornadas y la medida en el seguimiento ( $F(2,26) = 31,501, p < 0,01$ ), entre la interacción de la carga subjetiva con el sexo del cuidador ( $F(2,26) = 32,985, p < 0,01$ ), y en las comparaciones entre la medida pre-tratamiento de la carga subjetiva, la medida post-tratamiento de la carga subjetiva y la medida en el seguimiento de la carga subjetiva ( $p < 0,01$ ), observando que pese a que la carga en los cuidadores disminuyó después de la intervención, en mayor medida en las cuidadoras, en el seguimiento volvió a la línea base.

Por último se descubrieron diferencias entre la satisfacción en la medida pre-tratamiento, la medida post-tratamiento al terminar las jornadas y la medida realizada en el seguimiento ( $F(2,24) = 5,009, p < 0,05$ ) encontrándose diferencias significativas entre la medida pre-tratamiento de satisfacción y la medida post-tratamiento en comparación con la medida de la satisfacción con el cuidado realizada en el seguimiento ( $p < 0,05$ ), por lo tanto podemos ver cómo, pese a que los niveles de satisfacción se reducen después de la intervención, en el seguimiento aumentan significativamente en comparación con la medida pre-tratamiento mejorando más las cuidadoras en comparación con los cuidadores.

Tabla 9.

*Análisis comparativo entre la medida pre-tratamiento, la medida post-tratamiento (nada más terminar las jornadas) y la medida realizada en el seguimiento según el sexo del cuidador*

	<b>F(gl) / <math>\chi^2</math> (gl)</b>	<b>Sig.</b>
<b>Ansiedad</b>		
Medida pre y post	F (2,24) = 3,154	0,061 <sup>(1)</sup>
<b>Carga subjetiva</b>		
Medida pre y post	F (2,26) = 31,501	0,001
Carga subjetiva*Sexo	F (2,26) = 32,985	0,001
<b>Satisfacción</b>		
Medida pre y post	F (2,24) = 5,009	0,015

(1)Tendencia a la significación.

Tabla 10.

*Media y Desviación típica de la medida pre-tratamiento, la medida post-tratamiento (nada más terminar las jornadas) y la medida realizada en el seguimiento según el sexo del cuidador:*

	<b>Medida Pre-tratamiento</b>		<b>Medida Post-tratamiento</b>		<b>Medida en seguimiento</b>	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
<b>Ansiedad</b>						
Mujer	17,3	8,7	17,5	4,8	9,3	8,2
Hombre	7,6	5,1	10,5	10,2	6,3	4,7
<b>Carga subjetiva</b>						
Mujer	53,2	13,7	5,4	4,9	50,9	9,9
Hombre	43,1	8,9	44,1	10,1	44,2	11,5
<b>Satisfacción del cuidado</b>						
Mujer	17,3	4,3	15,3	4,4	21,2	4,5
Hombre	18	3,6	18	6,7	20,3	3,0

## **ESTUDIO 2. COMPARATIVA DEL PROGRAMA CUIDARELAX CON BALNEOTERAPIA**

Para completar los resultados del estudio anterior, se realizó un estudio comparativo de dos intervenciones: 1) programa cuidarelix (balneoterapia junto con programa psicoeducativo en el modelo de cuidado equilibrado) y 2) balneoterapia.

### ***a) Participantes***

Los requisitos para participar en este estudio fueron los mismos que en el primer estudio. En el grupo experimental se incluyeron cuidadores primarios y secundarios que pasaron un fin de semana en un balneario que, durante su estancia, participaron en un programa de psicoeducación basado en el modelo de cuidado equilibrado. Este grupo estaba formado por 124 personas (seleccionadas aleatoriamente de los 505 sujetos del estudio anterior, de los cuales 65 eran cuidadores primarios y 59 eran cuidadores secundarios. La media de edad era de 59,25 años (DT = 10,40; rango de edad 21-83 años) y el 59,70% eran mujeres (N = 74) y el 40,30% eran hombres (N = 50).

El grupo de comparación estaba formado por cuidadores, primarios y secundarios, que cumplían solo asistieron a balneoterapia (no asistieron al programa de psicoeducación), pasaron un fin de semana en un balneario pero no formaron parte de ningún programa en psicoeducación. Este grupo estaba formado por 76 personas (41 cuidadores principales y 35 cuidadores de apoyo). La edad media de este grupo fue 55,38 años (DT = 7,93; rango 30-72 años) y el 50% eran mujeres (N = 38).

### ***b) Variables e Instrumentos***

Las variables e instrumentos fueron los mismos que en el estudio 1.

### *c) Análisis de datos*

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas. Se realizaron pruebas t-student para las variables cuantitativas y pruebas  $\chi^2$  (chi-cuadrado) para las categóricas para analizar diferencias en las variables objetivo entre el grupo experimental y el de comparación.

Después, se llevaron a cabo t-student test para muestra independientes para analizar las diferencias en carga, ansiedad, depresión, satisfacción con el cuidado y desajuste en vida familiar, personal y social en ambos grupos. Asimismo, se realizaron t-student para muestras independientes para analizar las diferencias entre las puntuaciones a nivel pre y post-evaluación. Todos los análisis fueron realizados con el paquete estadístico SPSS.22.

### *d) Resultados*

#### *d.1.) Diferencias inter-grupo antes de la intervención*

Los análisis solo mostraron diferencias significativas en el número de horas medias dedicadas al cuidado, donde las puntuaciones fueron superiores en el grupo experimental ( $t= 3,10$ ;  $p<,05$ ). En el resto de variables, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos a nivel basal.

#### *d.2) Diferencias intergrupo e intragrupo en variables objetivo*

En las tablas 11 y 12 se pueden ver detalladamente los resultados. En concreto, los resultados fueron los siguientes:

*Carga.* Se encontraron diferencias significativas en la carga de los cuidadores principales y secundarios a nivel post, siendo las puntuaciones significativamente más bajas en los sujetos dentro del grupo experimental

(tabla 9). Además, los análisis intragrupo mostraron que los participantes del grupo experimental mejoraron los niveles de carga a nivel post ( $t$  cuidador principal = 13,13;  $p < .001$ ;  $t$  cuidador de apoyo = 8,23;  $p < .001$ ), mientras el grupo comparativo no mostró mejoría ( $t$  cuidador principal = ,85;  $p > ,05$ ;  $t$  cuidador de apoyo = -7,87;  $p > ,05$ ).

*Ansiedad.* Por un lado, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y comparativo en los cuidadores principales (tabla 9). Además, las puntuaciones intragrupo de estos cuidadores principales mostraron un descenso significativo en los niveles de depresión en la post-intervención tanto en el grupo experimental ( $t = 5,26$ ;  $p < ,001$ ) como en el comparativo ( $t = 6,72$ ;  $p < ,001$ ). Por otro lado, los cuidadores de apoyo del grupo comparativo mostraron puntuaciones significativamente inferiores que los del grupo experimental a nivel pre, pero no a nivel post (tabla 10). Además, se encontraron diferencias intragrupo reflejadas en un descenso significativo de la ansiedad tras la intervención tanto en el grupo experimental ( $t = 7,13$ ;  $p < ,001$ ) como en el comparativo ( $t = 4,00$ ;  $p < ,001$ ).

*Depresión.* Los resultados fueron diferentes para cuidadores principales y secundarios. En primer lugar, las diferencias inter-grupo en los cuidadores primario mostraron en los cuidadores principales puntuaciones significativamente inferiores en el grupo comparativo a nivel post (tabla 9), mientras que los cuidadores de apoyo no mostraron ninguna diferencia entre los grupos de comparación (tabla 10). Por otra parte, los análisis de las diferencias intragrupo mostraron un descenso significativo de la depresión en cuidadores principales y de apoyo en el grupo comparativo ( $t$  cuidador principal = 4,55;  $p < ,001$ ;  $t$  cuidador de apoyo = 4,22;  $p < ,001$ ), y en los cuidadores primarios que formaban parte del grupo experimental ( $t = 2,69$ ;  $p < ,01$ ). En contraste, los cuidadores de apoyo del grupo experimental no mostraron ningún cambio en la depresión tras la intervención ( $t = -,83$ ;  $p > ,05$ ).

*Satisfacción con el cuidado.* Al analizar las diferencias intergrupo en cuidadores principales, se encontraron puntuaciones significativamente inferiores en el grupo que participó en el grupo experimental a nivel pre, y mayor satisfacción a nivel post comparado con el grupo comparativo (Tabla 9). Los análisis intragrupo mostraron un incremento significativo en los cuidadores principales y de apoyo del grupo experimental ( $t$  cuidador principal = -3,69;  $p < ,001$ ;  $t$

cuidador de apoyo = -3,11;  $p < ,001$ ), mientras que los cuidadores del grupo comparativo no experimentaron ningún cambio tras su intervención, (t cuidador principal = 1,25;  $p > ,05$ ; t cuidador de apoyo = 1,54;  $p > ,05$ ).

*Desajuste vida laboral, social y personal.* Los resultados de los análisis intergrupo mostraron diferencias significativas en el desajuste de los cuidadores principales a nivel post, encontrándose puntuaciones significativamente inferiores in los cuidadores del grupo experimental, mientras que no se encontraron diferencias significativas en los cuidadores de apoyo de los grupos experimental y comparativo (tablas 9 y 10). Por último, las diferencias intragrupo a nivel pre y post mostraron un descenso significativo en cuidadores principales y de apoyo del grupo experimental (t cuidador principal = 7,09;  $p < ,001$ ; t cuidador de apoyo = 2,28;  $p < ,05$ ), así como en los cuidadores del grupo comparativo (t cuidador principal = 3,39;  $p < ,01$ ; t cuidador de apoyo = 2,20;  $p < ,05$ )

Tabla 11. *Comparación intragrupo de los cuidadores principales*

Variables	Fase Evaluación	Grupo	Grupo	T
		<i>Experimental</i>	<i>Comparativo</i>	
		M (DT)	M (DT)	
Carga	<i>Pre- intervención</i>	52,43 (16,43)	55,19	- ,787
		10,53	(14,04)	-22,19***
Ansiedad	<i>Post- intervención</i>	(6,77)	54,29	1,17
		17,27 (9,19)	(12,91)	1,58
Depresión	<i>Pre- intervención</i>	7,83 (5,05)	15,00 (8,05)	- ,096
		11,09 (7,51)	6,02 (6,69)	3,39**
Satisfacción	<i>Post- intervención</i>	11,87 (11,04)	11,27 (9,84)	-1,68*
		10,37 (4,49)	5,46 (6,25)	2,64**
Desajuste	<i>Pre- intervención</i>	13,56 (4,44)	12,00 (4,76)	- ,256
		15,35 (6,32)	11,29 (3,87)	-3,16**
	<i>Post- intervención</i>	9,09 (4,07)	15,68 (5,79)	
			12,56 (6,79)	
	<i>Pre- intervención</i>			
<i>Post- intervención</i>				



Tabla 12. Comparación intragrupo de los cuidadores de apoyo

Variables	Fase Evaluación	Grupo	Grupo	T
		Experimental	Comparativo	
		M (DT)	M (DT)	
Carga	Pre-intervención	49,44 (14,01)	45,51 (8,89)	1,48
		27,30	47,02 (12,37)	-
Ansiedad	Post-intervención	(15,58)	9,00 (6,37)	6,09***
		13,27 (8,19)	4,40 (4,88)	2,62**
Depresión	Pre-intervención	4,36 (6,46)	7,11 (5,43)	-,04
		7,29 (6,26)	3,97 (4,15)	,14
Satisfacción	Post-intervención	9,74 (19,97)	12,00 (3,90)	1,68
		11,81 (4,28)	11,09 (4,55)	-,20
Desajuste	Pre-intervención	15,33 (3,61)	11,09 (6,09)	4,57***
		10,00 (5,46)	8,71 (6,10)	-,88
	Post-intervención	7,25 (6,83)		-1,04
	Pre-intervención			
	Post-intervención			
	Pre-intervención			
	Post-intervención			

(\*p<.005; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001)

## 4.2. ANÁLISIS CUALITATIVO

Una vez finalizado el análisis cuantitativo, se analizaron cualitativamente las temáticas del programa CuidarelaX expresados por los participantes en las dinámicas. Para ello, tres investigadores realizaron análisis de contenido convencional de manera independiente, siguiendo los niveles de abstracción propuestos por Corbin y Strauss (2014) y tratando de alcanzar la saturación de datos a través del método de comparaciones constantes. Primero, las ideas relevantes se agruparán en categorías (codificación abierta). A continuación, esas categorías se agruparon en subcategorías (codificación axial). Por último, las categorías y las subcategorías se agruparon en categorías principales (codificación selectiva).

Una vez realizada la codificación por los tres investigadores, éstos discutirán sus respectivas categorías. Después, los acuerdos y desacuerdos fueron discutidos con un cuarto investigador. Esta forma de codificar los datos está dirigida a cumplir con los cuatro criterios de validez propuestos por Guba y Lincoln (2012): dependencia (estabilidad de la información a lo largo del tiempo), confirmabilidad (la información obtenida representa la información que los cuidadores desean transmitir), transferibilidad (los resultados pueden ser transferidos a otros contextos) y credibilidad (las distintas realidades de los cuidadores son descritas de manera fiel).

Los resultados se pueden agrupar en las siguientes categorías: A) Compromisos de cambio, B) Dificultades para implantar el modelo de cuidado equilibrado y C) Beneficios del programa.

#### **A) Compromisos de cambio tras participar en el programa (N= 18 grupos)**

Entre los acuerdos de compromisos de cambio, los participantes destacaron los siguientes aspectos.

En primer lugar, y en línea con una de las dimensiones del modelo de cuidado equilibrado, los participantes destacaron la importancia de fomentar la **conciliación y la co-responsabilidad** a través de:

- **Incremento de redes de apoyo social:** pidiendo ayuda y compartiendo cuidado con personas del entorno (N=8), búsqueda de ayuda y uso de servicios externos (N=4). Para ello, desde su punto de vista es importante comenzar a delegar en mayor medida (N=17), permitiendo que otros cuiden de otra manera, para lo cual es necesario mostrarse menos dominante, flexible y abierto a los cambios y a compartir decisiones
- **Mejora en la gestión del tiempo:** Los participantes se comprometen a compartir espacios con otras personas importantes más allá de la persona dependiente (N=16), entre los que se incluye el dedicar tiempo a la relación de pareja, compartir actividades con otros miembros de la

familia fuera de cuidar, amistades y reducir la dependencia hacia la persona que se cuida.

- Para que esto tenga lugar, los participantes destacaron como imprescindible trabajar en la **comunicación familiar** (N=4), incrementando la escucha y estrategias de comunicación y siendo capaces de poner límites al cuidado.

En segundo lugar, los participantes destacaron la importancia de los **autocuidados**, otra de las dimensiones que forman parte del modelo de cuidado equilibrado. Dentro de los autocuidados, se destacaron como las estrategias preferidas las siguientes:

- *Participación en actividades agradables* que ayuden a desconectar de las tareas del cuidado (N=4)
- *Ampliar el tiempo dedicado al cuidado de uno mismo* (N=5)
- Aprender a *gestionar las emociones negativas* y pensamientos irracionales (N=7), especialmente aquellas emociones asociadas a la culpa, aceptación de emociones negativas y gestión del enfado y la ira.
- Relajación y disminución de los niveles de activación (N=5)

## B) Dificultades para implantar modelo de cuidado equilibrado

Asimismo, los participantes manifestaron haber experimentado ciertas dificultades a la hora de tratar de implantar los conocimientos y compromisos adquiridos en el programa Cuidarela, en relación a la co-responsabilidad y autocuidados.

En relación a la co-responsabilidad, se observó que muchos de los cuidadores principales manifestaban tener dificultades para delegar, bien porque otros miembros de la familia mostraban resistencias para incorporarse a tareas asociadas al cuidado (N=2), actitudes en las que las tareas de higiene se asocian a la mujer y, por tanto, los varones no se incorporan en la realización de estas tareas (N=1) y dificultades para usar apoyos externos (N=2).

Asimismo, los cuidadores principales manifestaron dificultades a la hora de poner límites, especialmente a la persona cuidada. En concreto:

- Explicar a la persona mayor dependiente que el cuidador tiene derecho a cuidar distintos aspectos de su vida (N=5)

- Diferenciar entre deseos y órdenes de la persona cuidada (N=2)
- Convencer a persona dependiente que es muy importante que reciba ayuda de otras personas y no solo de ellos (N=1)
- Afrontar chantaje emocional (N=3)

En relación a las dificultades referidas por los cuidadores sobre el cuidarse a sí mismo, los participantes refirieron tener especialmente dificultades en los siguientes aspectos:

- Manejo inadecuado emociones ante el conflicto (N=3), especialmente por miedo al conflicto familiar (se tiende a evitar la confrontación para evitar conflictos), manejo inadecuado del enfado, dificultad en el manejo de la paciencia.
- Otros participantes refirieron dificultades para encontrar espacios y tiempos en los que desconectar (N=6), especialmente en relación a la búsqueda de espacios de intimidad en la pareja y manejo de tiempo libre personal.
- En cuanto a pensamientos disfuncionales, algunos participantes refirieron tener dificultades para parar el pensamiento rumiativo (dar vueltas a las preocupaciones).
- Por último, otros participantes describieron otra serie de dificultades añadidas, como problemas económicos o las diferencias de género a la hora de asumir las responsabilidades y tareas asociadas al cuidado.

### c) Beneficios del programa

Los beneficios del programa destacados por los participantes se pueden resumir en cuatro: incremento de la co-responsabilidad, desarrollo de estrategias para promover el cuidado de uno mismo, incremento de empatía entre cuidador principal y de apoyo e incremento de redes de apoyo social entre los cuidadores participantes del programa:

c.1. **Co-responsabilidad.** Para alcanzar este hito, los participantes refirieron haber adquirido destrezas para:

-*Aprender a Delegar las tareas de cuidado* (N=8), dejándose ayudar, aprendiendo a pedir ayuda, eliminando sentimientos "solo saber cuidar nosotras" "somos supercuidadoras" y permitiendo que otras personas participen en el cuidado como otros familiares o recurriendo a apoyos formales.

-*Aprender a decir no y marcar límites* (N= 5). Entre ellos se destaca como principales aprendizajes la importancia de hacer entender a la persona cuidada que puede ser cuidada por otros hijos, sensibilizar familia de los costes de cuidado, implicar más a la familia

- *Intentar conciliar distintos aspectos de la vida* (N=10), como el cuidado de la vida pareja a través de la realización de actividades de pareja en común y aumento de la intimidad.

c.2. **Autocuidados.** Para alcanzar este hito, los participantes refirieron haber adquirido destrezas para:

-*Aumento y disfrute tiempo libre* (N=3), buscando más espacios de desconexión alejados de las tareas de cuidado y disfrutar del momento

- *Aumento de la autoestima y valoración de uno mismo* (N=2)

- *Tomar conciencia de que uno no es indispensable* (N=1)

-*Desarrollo de recursos para aumentarla aceptación y gestión emocional* (N=18), especialmente, desarrollo de la virtud de la paciencia, reconocimiento de aspectos positivos asociados al cuidado e incremento de satisfacción con el cuidado, apertura de mente, manejo de la culpa, desarrollo de estrategias de comunicación basadas en la asertividad, uso del desconexión y descanso mental del cuidador y búsqueda de apoyos.

c.3. **Incremento Empatía** del cuidador de apoyo con cuidador principal (N=4).

-El incorporar en las jornadas de CuidarelaX a un cuidador de apoyo, los participantes refieren que ha ayudado a que esta persona se haya implicado en mayor medida en el cuidado, y que ha incrementado el reconocimiento y valoración del cuidar y del cuidador principal, aumentando así su comprensión y empatía.

**c.4. Incremento redes de apoyo social** tras contacto con otros cuidadores (N=10)

- Por último, los participantes destacaron como muy positivo el hecho de que la intervención se realizara en grupo, ya que les ha permitido incrementar sus redes de apoyo al estar en contacto con otros cuidadores que tienen experiencias similares. De hecho, muchos de ellos refirieron seguir manteniendo el contacto tras las jornadas.

### **4.3. BENEFICIOS Y DIFICULTADES PARA IMPLANTAR EL MODELO**

#### **a) Descripción de la muestra**

La muestra estuvo formada por 100 cuidadores de personas mayores dependientes de larga duración que habían participado en el programa CuidarelaX en La Rioja (48%) y en Albacete (52%) en los años 2016 (38%), 2017 (38%) y 2018 (23%).

La media de edad de los participantes fue 57,86 años (DT= 8,53), con edades comprendidas entre los 25 y los 83 años. De estos, el 70% eran mujeres y el 30% eran hombres.

Al preguntar por el rol de cuidado que estaban desempeñando en el momento de la evaluación, se pudo observar que el 49% eran cuidadores principales (personas que llevan brindando cuidados continuados durante al menos un año de duración), el 29% eran cuidadores de apoyo (personas que apoyan al cuidador principal en los cuidados y que fueron seleccionados por el cuidador principal para acompañarles en la intervención Cuidarelay) y el 13% restante ya no ejercían un rol cuidador por fallecimiento de la persona mayor dependiente.

Los datos socio-demográficos de los cuidadores principales reflejan una media de edad de 53,53 (8,58), el 88% eran mujeres (12% varones), la mayoría estaban casados (79%), y el resto estaban solteros (13%), viudos (6%), o casados/divorciados (2%). En relación a la situación laboral, el 31% están jubilados, el 25% son amas de casa, el 23% estaban en paro, y el 21% trabajaban (15% a tiempo completo y 6% a tiempo parcial).

Los datos socio-demográficos de los cuidadores de apoyo reflejan una media de edad de 56,88 (8,95), el 50% eran mujeres (50% varones), la mayoría estaban casados (81%), y el resto estaban solteros (16%) o viudos (3%). En relación a la situación laboral, el 55% trabajaban (50% a tiempo completo y 5% a tiempo parcial), el 30% estaban jubilados, el 10% estaban en paro y el 5% eran amas de casa.

En relación a la persona dependiente que era cuidada, el 75% eran mujeres y el 25% eran varones y entre las enfermedades que padecían destacan las siguientes: 64% demencias, 15% alteraciones relacionadas con el sistema motor, 9% plurienfermedad, 4% atendían a personas muy mayores que no tenían ninguna enfermedad en concreto pero que requerían de cuidados por dificultades propias de la edad, así como otras alteraciones como cardiovasculares (2%), ceguera (2%), cáncer (2%) e ictus (2%).

## b) Instrumentos y variables

Para evaluar los beneficios y dificultades de los participantes se administraron las siguientes escalas para evaluar las siguientes variables (el cuestionario administrado se puede ver en el anexo 3):

*Variables socio-demográficas:* sexo, edad, estado civil, situación laboral actual, estatus socioeconómico.

*Variables relacionadas con el cuidado:* rol que desempeña en el cuidado (Cuidador principal, Cuidador de apoyo, otro), tiempo cuidando a la persona mayor dependiente, enfermedad, si ha fallecido persona dependiente.

*Beneficios del programa Cuidarela:* cuestionario de elaboración propia formado por 8 ítems en el que los sujetos debían puntuar en una escala tipo Likert de 1 (nada) a 4 (mucho) el grado de mejoría a nivel personal tras el programa, cambios implantados desde la participación en el programa, mejoría en la relación con la persona dependiente, mejoría de la relación con el cuidador de apoyo, logros adquiridos, cumplimiento del compromiso de cambio, dificultades encontradas y recomendación del programa.

*Hábitos de Salud:* se utilizó el cuestionario de estilo de Vida (PEPS-I, Pender, 1996), el cual evalúa hábitos personales relacionados con la salud. La escala está formada por 48 ítems, con 4 opciones de respuestas tipo likert que van de 1 (casi nunca) a 4 (casi siempre). Esta escala incluye seis subescalas: nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo del estrés, soporte interpersonal, auto-actualización. Esta escala tiene unas adecuadas propiedades psicométricas, con índices  $\alpha$  de Cronbach por encima de 0,90.

*Alteraciones de salud:* Se desarrolló una escala de elaboración propia formada por un listado de 63 alteraciones más comunes en la salud física, emocional, y comportamental en cuidadores de personas dependientes. El formato de respuesta tenía dos opciones de respuesta (Si-NO) y además, se les daba la opción de incluir otras alteraciones si no estaban incluidas en el listado. Asimismo, se incluyeron otras 4 preguntas dicotómicas acerca de si habían experimentado cambios en la salud desde que cuida, si había sufrido alguna



afectación en la salud en el último año, si había padecido afectación del cuidado de otra persona en sus autocuidados, y afectación del cuidado en salud física y mental. En caso de dar una respuesta afirmativa, se invitaba a los participantes explicar.

*Culpa:* Se aplicaron los ítems que evalúan culpa (ítems 19 y 20) dentro de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview, CBI; Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980, versión española Martín et al., 1996).

*Autocuidados:* Se empleó la subescala de autocuidados de la escala revisada de Autoeficacia en el cuidado (Streffan et al., 2002, validada al castellano por Márquez-González, Losada, López, & Peñacoba, 2009). Esta subescala está formada por 5 ítems en los que los sujetos deben puntuar de 0 a 100 distintos aspectos relacionados con el cuidado de uno mismo, en el que 0 significa "no soy capaz" y 100 "estoy seguro que soy capaz de hacerlo". Esta subescala, al igual que la total, tiene unos índices de consistencia interna equivalente a .79.

*Envejecimiento con éxito.* Se empleó la escala AAS (Thanakwang, Isaramalai, & Hatthakit, 2014), la cual incluye 6 ítems para evaluar el envejecimiento con éxito con opciones de respuesta tipo Likert que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Esta escala tiene unas propiedades psicométricas adecuadas (.80). Además, para evaluar esta variable se incluyeron preguntas de elaboración propia en el que el sujeto debía indicar su grado de satisfacción de 0 (nada) a 5 (mucho) con respecto a su salud general, capacidad para llevar a cabo tareas del día a día, vida en general, apoyos sociales recibidos, trabajo, relaciones interpersonales y condiciones de vida. Por último, se incluyó una pregunta de elaboración propia acerca del grado de participación social, el cual iba de 1 (nunca) a 5 (más de dos días a la semana).

*Barreras de cuidado responsable.* A partir del análisis cualitativo en el que los sujetos participantes en las jornadas Cuidarelay expresaban sus dificultades a la hora de implantar los conocimientos adquiridos y en el cuidado, se elaboró un cuestionario de elaboración propia que formado por un listado de 59 ítems dicotómicos (SI-NO).

*Actitudes de Género:* Se incluyeron los ítems correspondiente a las subescalas ámbito público (16 20 22) y ámbito privado (4, 6, 7 28) del Cuestionario de Actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG, Solá, Benlloch, Meliá, 2003). En

esta escala se el sujeto debe indicar su grado de acuerdo con una serie de actitudes relacionadas con roles de igualdad de género las cuales debe puntuar con opciones de respuesta tipo Likert que van desde 1 (desacuerdo total) a 7 (acuerdo total). Esta escala tiene además unas adecuadas propiedades psicométricas con niveles de consistencia interna por encima de .80.

*Barreras de Género:* A partir de las dinámicas y el análisis cualitativo descrito con anterioridad, se elaboró un cuestionario de elaboración propia acerca de las dificultades en el cuidado encontradas relacionadas con el género. Para ello, debían contestar a un listado formado por 39 ítems en los que debían contestar el grado en el que se han encontrado con la barrera de género descrita de 0 (nada) a 3 (muchísimas veces).

*Roles de Género:* A partir el análisis cualitativo, además, se elaboró otro cuestionario de elaboración acerca de las percepciones del rol de género en tareas de cuidado donde se incluía un listado de 20 tareas y los participantes debían expresar el grado de capacidad que pensaban que tienen las mujeres y los hombres tienen, en un formato de respuesta tipo Likert que iba de 0 (nada) a 5 (mucho).

*Funcionamiento Familiar:* Se empleó la escala de funcionamiento familiar. Funcionamiento Familiar (FF-SIL, Ortega, De la Cuesta, & Dias, 1999) que mide la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de 7 categorías: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. La escala está formada por 14 ítems que incluyen situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia (2 para cada subescala) que deben ser puntuadas por el sujeto de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre). La escala tiene unas adecuadas propiedades psicométricas.

### c) Análisis de datos

En primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo de las variables socio-demográficas y variables objetivo (salud, envejecimiento con éxito, género, barreras de cuidado y funcionamiento familiar). Para ello, se ha extraído la media y la desviación típica para variables cuantitativas y frecuencias para variables discretas.

Posteriormente, se ha analizado si hay diferencias en las variables en función del sexo y del rol de cuidados (principal y de apoyo), realizando pruebas t-student para muestra independientes.

Por último, se han analizado las relaciones entre todas las variables objetivo través de correlaciones de Pearson, ANOVAs de un factor y pruebas t-student.

## **d) Resultados**

### *d.1. Beneficios de las Jornadas CuidarelaX*

Como se puede observar en la tabla 13, por encima del 70% de los participantes señalan que han mejorado bastante e, incluso mucho, tras participar en el programa CuidarelaX a nivel personal y en cuanto a mejora de su entorno, en sus relaciones tanto con la persona dependiente a la que cuidan como con el otro cuidador que participó en el programa. Además, el grado de cumplimiento con los compromisos de cambio establecidos en el programa es bastante alto, teniendo en cuenta que el 84% mantiene haberlo cumplido bastante o mucho.

Tabla 13.

*Grado de mejoría tras participación en el programa*

	<i>Poco</i>	<i>Nada</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>
<i>Grado mejoría personal y entorno</i>		29%	59%	12%
<i>Grado mejoría relación con persona dependiente</i>	3%	27%	53%	17%
<i>Grado mejoría con el otro cuidador</i>	1%	14%	55%	30%
<i>Grado de cumplimiento con compromiso de cambio</i>		17%	65%	19%

En cuanto a las mejoras en aspectos concretos, se observan puntuaciones elevadas en todos los ítems, todos ellos con medias próximas a bastante mejoría. En concreto, los cinco aspectos en los que los participantes afirman haber mostrado más mejoría son: reconocimiento de la importancia del cuidado del cuidador, reconocimiento del esfuerzo del cuidador principal, implicación de otras personas en el cuidado más allá del cuidador principal, sentimientos de apoyo al ver a otros cuidadores que se encuentran en una situación similar y comprensión del cuidador principal. En contraste, los aspectos que han mostrado una menor mejoría son aquellos relacionados con el hecho de buscar espacios o tiempo libre para uno mismo más allá del cuidado y el delegar los en otras personas o servicios externos (véase tabla 14).

Tabla 14.

*Mejoras en áreas específicas tras la participación en programa CuidarelaX*

	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>
<i>Reconocer importancia del cuidado del cuidador</i>	3,69	,53
<i>Aumento del reconocimiento del esfuerzo cuidador principal</i>	3,25	,92
<i>Aumento de implicación por parte de otras personas que no son el cuidador principal</i>	3,19	4,25
<i>Incremento sentimientos de apoyo al ver que otros cuidadores están en una situación similar</i>	3,15	,99
<i>Aumento comprensión del cuidador principal</i>	3,14	,87
<i>Incremento de escucha a los demás</i>	3,13	,81
<i>Disminución de los sentimientos de culpa</i>	3,11	,99
<i>Mejor manejo de emociones como el enfado</i>	3,10	,70
<i>Incremento conciliación y co-responsabilidad del cuidado</i>	3,07	,75
<i>Mayor capacidad para poner límites al cuidado</i>	3,06	,72
<i>Compartir decisiones importantes con otras personas importantes</i>	3,02	,94
<i>Restar importancia a aspectos que no son tan importantes</i>	2,99	,89
<i>Mejora de las relaciones de pareja</i>	2,98	,99
<i>Incremento de tiempo a otras personas que no sea la persona dependiente</i>	2,89	,94
<i>Participación en actividades agradables para desconectar del cuidado</i>	2,83	1,04
<i>Recurrir a servicios externos</i>	2,69	1,15
<i>Delegar cuidados a otras personas</i>	2,66	1,02
<i>Dedicación de tiempo para uno mismo</i>	2,64	1,12
<i>Dedicación de tiempo para relajarse</i>	2,59	1,03

\*Nota: la puntuación máxima son 4 puntos

En las preguntas cualitativas, los participantes describieron como aspectos que aprendieron en el programa CuidarelaX los siguientes. En primer lugar, 23 participantes indicaron que el programa les ayudó a tomar conciencia de la importancia de los cuidados del cuidador, aprender a valorarse y conocimiento de estrategias para auto-cuidarse. Otro de los aspectos más observados en las respuestas es la mejora de autoestima y manejo de sus propias emociones, como la ira y el enfado (N= 13), el incremento de la tranquilidad y relajación tras el programa (N= 12), reconocimiento de la importancia de delegar parte de los cuidados en otras personas cercanas (N= 5) o servicios externos (N= 3) e

incremento de paciencia con el cuidador (5). Por último, se destacaron otra serie de mejoras, aunque en menor medida, como puede ser el conocimiento de recursos que ayudan a cuidar (N= 3), mejora de la relación con familiares y persona dependiente junto con disminución de conflictos y discusiones (N= 4) y mejora en la gestión del tiempo (N= 4).

En relación a las dificultades encontradas a la hora de llevar a cabo los compromisos adquiridos en el programa, las más mencionadas fueron las siguientes: dedicar tiempo para uno mismo (N=14), falta de recursos de apoyo (N=15), bien porque el entorno familiar no se implica lo suficiente o bien por no tener recursos de apoyo formal, y barreras relacionadas con la persona dependiente (N=10), entre las que se incluye el que no comprenda que el cuidador tiene que dedicarse tiempo a sí mismo, o chantaje emocional. Otras dificultades mencionadas aunque en menor medida son: sentimientos de culpa (N=7), dificultades para delegar (N=3), conciliar vida personal y laboral (N=3), falta de concentración (N=3), falta de conocimientos acerca de la enfermedad que permitan conocerla mejor y, por último, problemas de salud asociados al cuidador (N=2).

Además, en relación a la satisfacción general con el programa, destacar que el 90% refiere haber introducido cambios en su día a día desde el programa y el 98% recomendaría el programa a otras personas cuidadoras.

Por último, al comparar si los beneficios son diferencias en función del rol del cuidados, no se han observado diferencias significativas en ninguno de los ítems ( $p>,05$ ) ni tampoco en función del sexo de los participantes ( $p>,05$ ).

## *d.2. Aspectos relacionados con la Salud de los participantes*

### *d.2.1. Alteraciones de salud y cambios tras inicio cuidado*

Entre las alteraciones de salud más destacadas por los cuidadores es de destacar los siguientes (dado que las alteraciones mencionadas son muy numerosas, se incluyen aquellas que fueron afirmadas por encima del 45% de los participantes).

En relación a los síntomas físicos, el 74% tiene dolores musculares o en las articulaciones, el 67% sufre alteraciones del sueño, el 50% sufre cambios de peso (incremento o disminución), el 49% siente fatiga y el 46% falta de aptitud sexual.

Respecto a síntomas que tienen un carácter emocional, destacar que el 69% padece estrés, el 66% tiene cambios de humor, el 64% pérdida de energía, el 62% sentimiento de agotamiento, el 62% falta de disfrute por actividades placenteras y ansiedad en el 46% de los participantes

En relación a síntomas conductuales, el 54% afirmó no participar en actividades gratificantes, incremento de conflictos familiares (46%) y dificultad para concentrarse (48%).

Además, se preguntó a los participantes acerca de cambios de salud desde que ejerce el rol cuidador. En este aspecto, el 49% de los participantes afirmó que su salud cambió desde que cuida siendo los cambios en la salud mental (32%) superiores a los mencionados en la salud física (15%). Por otra parte, el 29% afirma que el tener que cuidar a otra persona ha afectado a los cuidados que recibe.

Al comparar si estos cambios son diferentes en hombres y mujeres, observamos diferencias significativas en la medida en que el cuidar afecta a su

salud física ( $t = -1,801$ ;  $p < ,001$ ), a sus autocuidados de su propia salud ( $t = -1,20$ ;  $p < ,01$ ), siendo las puntuaciones en ambos casos significativamente mayor en mujeres.

Al comparar si estos cambios en salud tras iniciar el cuidado del familiar dependiente han afectado a la propia salud del cuidador de manera diferente en función de si se es cuidador principal o cuidador de apoyo, se han encontrado las mismas diferencias que en función del sexo, es decir, empeoramiento en la salud física ( $t = 3,270$ ;  $p < ,01$ ) y disminución de autocuidados de propia salud ( $t = 3,840$ ;  $p < ,001$ ), siendo las puntuaciones mayores en los sujetos que son cuidadores principales. Teniendo en cuenta que en el grupo de cuidadores principales el porcentaje de mujeres era mucho mayor, tiene sentido que se encuentre mayor afectación tanto en mujeres como en cuidadores principales.

#### *d.2.2. Hábitos de salud*

En relación a los hábitos de salud, los resultados se pueden observar en la tabla 11. La puntuación total de los hábitos de salud se encuentra dentro lo que se consideran unos hábitos de salud medios. Los aspectos que más cuidan los participantes es su salud, soporte interpersonal y auto-actualización. En contraste, las áreas ejercicio físico, responsabilidad en el cuidado y manejo del estrés se encuentra a niveles medios-bajos (véase tabla 15).

Al comprar diferencias en hábitos en salud en cuidadores principales y de apoyo, no se han observado diferencias significativas ( $p > ,05$ ), mientras que se han observado diferencias significativas en función del sexo en nutrición, donde parece que las mujeres tienen mejores hábitos nutricionales que los varones ( $t = -2,19$ ;  $p < ,05$ ).



Tabla 15.

*Medias y desviaciones típicas en los hábitos de salud de los cuidadores*

	<i>Media</i>	<i>Desviación n Típica</i>
<i>Nutrición</i>	18,39	3,58
<i>Ejercicio Físico</i>	10,40	3,93
<i>Responsabilidad en el cuidado</i>	23,37	5,52
<i>Manejo del Estrés</i>	16,98	3,93
<i>Soporte interpersonal</i>	21,96	3,45
<i>Auto-actualización</i>	38,93	7,41
<i>Puntuación total</i>	130,41	21,69

\*Nota: la puntuación máxima son 24 puntos para la escala de nutrición, 20 para la de ejercicio físico, 38 para responsabilidad, 28 manejo del estrés y soporte interpersonal, 52 auto-actualización y 183 la puntuación total

### *d.2.3. Culpa*

En relación a la culpa, el 36% los participantes afirmaron sentirse inseguros acerca de lo que se debe hacer con el familiar a veces, un 27% casi nunca, un 18% nunca, un 13% frecuentemente y un 6% casi siempre.

Asimismo, un 28% siente que debería hacer más por lo que realiza por el familiar, el 21% afirma sentirlo frecuentemente, el 18% nunca o casi nunca (18%) y el 15% casi siempre.

Al comparar en función del sexo la culpa total, no se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres ( $t=,78$ ;  $p>,05$ ), ni en función del rol de cuidador ( $t=-1,33$ ;  $p>,05$ ).

### *d.2.1. Autocuidados*

La media obtenida por los participantes en autocuidados fue equivalente 51,69 (DT=27,04). Esta puntuación se corresponde con el baremo "soy capaz de autocuidarme moderadamente". Al comparar los resultados en función del sexo no se encontraron diferencias significativas ( $t=-,771$ ;  $p>,05$ ), ni en función del rol de cuidador ( $t=-,567$ ;  $p>,05$ ).

Para cerrar el apartado de salud, se realizaron correlaciones entre las variables, observándose una asociación significativa y negativa entre el nivel de culpa que siente el cuidador y sus hábitos de salud dirigidos a auto-actualizarse ( $r=-,228$ ;  $p<,05$ ), mientras que la escala de autocuidados correlacionó de manera positiva y significativa con hábitos de salud relacionados con búsqueda de apoyo interpersonal ( $r=,241$ ;  $p<,001$ ), hábitos orientados a la actualización ( $r=,414$ ;  $p<,001$ ) y hábitos de salud total ( $r=,253$ ;  $p<,05$ ).

Por último, se realizaron pruebas t student para ver si los sujetos que han indicado haber sufrido cambios de salud tras iniciar el cuidado afecta a otras áreas relacionadas con la salud. Como resultado, solo se ha encontrado menores niveles de autocuidado en aquellos sujetos que afirmaron que el tener que cuidar ha afectado a los cuidados que recibe ( $t=2,06$ ;  $p<,05$ ) y en aquellos que afirmaron haber sufrido cambios a nivel de salud física tras iniciar el cuidado ( $t=2,47$ ;  $p<,05$ ).

### *d.3. Envejecimiento con éxito*

El envejecimiento con éxito alcanzó una media de 17,80 (DT=3,3). Teniendo en cuenta que la puntuación máxima es de 24 puntos, los participantes se encuentran dentro de un nivel medio-alto. No se han observado diferencias significativas en función del sexo ( $t=,552$ ;  $p>,05$ ). En cambio, se han encontrado diferencias significativas en función del rol del cuidador ( $t=-2,11$ ;  $p<,05$ ), obteniendo los cuidadores de apoyo ( $M=18,35$ ;  $DT=3,67$ ) mayores puntuaciones que los cuidadores principales ( $M=16,82$ ;  $DT=2,41$ ).

Dentro de los indicadores de envejecimiento con éxito, se preguntó por el nivel de satisfacción de los mismos, pudiéndose observar en la tabla 16.

Tabla 16.

*Grado de satisfacción envejecimiento con éxito*

		<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>T Student</i>
<i>Salud general</i>	Cuidador principal	3,09	,97	-1,674
	Cuidador apoyo	3,46	,98	
<i>Capacidades llevar a cabo actividades del día a día</i>	Cuidador principal	3,67	,89	-2,026*
	Cuidador apoyo	4,09	,92	
<i>Vida en general</i>	Cuidador principal	3,39	1,02	-2,072*
	Cuidador apoyo	3,83		
<i>Trabajo</i>	Cuidador principal	3,31	1,37	-,127
	Cuidador apoyo	3,36	1,42	
<i>Apoyos personas entorno</i>	Cuidador principal	3,41	,91	-2,721**
	Cuidador apoyo	3,97	,92	
<i>Condiciones de vida</i>	Cuidador principal	3,35	1,16	-1,127
	Cuidador apoyo	3,97	,89	

Como se puede observar, los cuidadores principales puntúan significativamente más bajo que los cuidadores de apoyo en la satisfacción con sus capacidades para llevar a cabo actividades del día a día, su vida en general, y percepción de apoyos recibidos por parte de personas del entorno. Es de destacar que al comparar en estos mismos ítems diferencias en función del sexo, no se han encontrado diferencias significativas. Por tanto, las diferencias encontradas se basan en el rol de cuidador.

Por último, dentro de este apartado se incluyó una última pregunta en la que se preguntaba acerca de si los participantes participaban en algún grupo social u organización. Los resultados mostraron que el 36% participa entre 3 y 5 veces al año, el 25% nunca, el 17% una vez al mes, el 14 semanalmente y solo el 9% lo hace a diario. Es de destacar que estas cifras muestran un nivel de

participación social bastante baja, no observándose diferencias en función del sexo ni del rol de cuidador desempeñado.

#### *d.4. Barreras de cuidado responsable*

En la tabla 17 se pueden observar las barreras del cuidado observadas en más del 50% de los cuidadores evaluados.

Al analizar diferencias en función del sexo de los participantes, solo se han observado diferencias significativas en el ítem referente a la negación de la enfermedad de la persona dependiente, donde ha sido más elevada en varones ( $t=2,181$ ;  $p<,05$ ), y en la barrera de querer acudir a ayudas externas y no poder por demoras en la asignación de recursos externos de apoyo, donde puntuaron más alto las mujeres ( $t=-2,588$ ;  $p<,01$ ). En función del rol del cuidador, también se ha encontrado una diferencia significativa en el ítem en el que se indica que las personas del entorno evitan ofrecerse como recurso de cuidado, donde puntuaron en mayor medida los cuidadores principales ( $t=-2,023$ ;  $p<,05$ ).

Tabla 17.

*Barreras del cuidado responsable*

<i>Barreras del cuidado</i>	%
Resistencias de la persona en situación de dependencia a aceptar cambios y/o modificar costumbres	76
Dificultades en el entorno para aceptar que el cuidado de larga duración en dependencia tiene consecuencias para la persona cuidadora principal.	63
Dificultades para entender que para cuidar bien es necesario establecer periodos de alejamiento y desconexión del espacio, tiempo de cuidado y de la persona dependiente.	62
Dificultad para poner límites al cuidado	61
<i>Resistencias de la persona en situación de dependencia a cambiar el lugar donde ser cuidado.</i>	61
<i>Resistencias de la persona en situación de dependencia a modificar el modelo de cuidado.</i>	61
<i>Impedir que la persona en situación de dependencia sufra por asumir sus limitaciones.</i>	61
<i>Falta de reconocimiento de que la persona cuidadora principal tiene derecho a su propia vida y desarrollo personal</i>	55
Que los familiares cuidadores no toleren separarse de la persona que cuidan en situación de dependencia.	54
<i>Falta de reconocimiento de la persona cuidadora principal de que ella misma requiere de cuidados/autocuidados.</i>	54
<i>Personas del entorno que entienden que el cuidado no les corresponde o no es su responsabilidad.</i>	52
<i>Dificultades para asumir que el cuidado de larga duración tiene consecuencias y que puede contribuir al agotamiento, afectar a la salud, producir enfrentamientos familiares, etc.</i>	51

*d.5 Género*

Dentro de la variable género, se evaluaron tres aspectos tal y como se describe a continuación:

*d.5.1. Barreras de género en el cuidado responsable*

Tal y como se puede observar en la tabla 18, las 10 barreras de género puntuado de manera más elevada por los participantes fueron las siguientes:

Al analizar diferencias en función del sexo y el rol del cuidador de los participantes, no se han encontrado diferencias significativas en las barreras de género.

Tabla 18.

*Barreras del género en el cuidado responsable*

<i>Barreras del género</i>	M	DT
<i>Las mujeres que entran en situación de dependencia muestran más dificultad para aceptar que entre en casa alguien para que ayude a limpiar, cocinar... que los varones</i>	1,90	,99
<i>Las mujeres cuidadoras priorizan la salud y cuidado de los otros miembros familiares antes que la suya</i>	1,86	1,04
<i>Las mujeres que entran en situación de dependencia muestran más dificultad para aceptar ayuda externa que los varones.</i>	1,85	1,18
<i>Se valora y alaba mucho al hombre cuando se encarga directamente de cuidar a su madre y/o compañera que cuando el cuidado es realizado por hijas y compañeras</i>	1,78	1,04
<i>Las mujeres generalmente organizan mejor las tareas del hogar</i>	1,77	1,17
<i>Las mujeres cuidadoras son más autocríticas y exigentes que los hombres cuidadores</i>	1,77	1,07
<i>Un hombre que se presta a ayudar a su mujer en el cuidado de la persona dependiente es una buena persona y hay que reconocérselo</i>	1,67	1,23
<i>Las mujeres reciben más críticas que los hombres para cumplir con la exigencia social de cuidar</i>	1,65	1,16
<i>Los hombres habitualmente no tienen un modelo de cuidado previo, por lo que precisan en mayor medida situaciones descanso, alejamiento y respiro</i>	1,63	1,18
<i>Mujer cuidadora suele experimentar más sentimientos de culpa</i>	1,60	1,07

#### *d.5.2. Percepción del rol de género en tareas de cuidado*

Como podemos observar en la tabla 19, las mujeres puntúan por encima de la media en todas las dimensiones. Aquella en la que puntúan más alto es en la capacidad de cuidados de la casa, lavado ropa, etc., gestión económica, de la medicación y tareas de aseo íntimo. En contraste, los tres aspectos en los que puntúan más bajo son acostar y levantar a la persona, aceptar ayuda del entorno o servicios externos y poner límites a la persona dependiente

En relación a los hombres, los tres aspectos en los que puntúan más alto son levantar y acostar a la persona dependiente (con o sin grúa), traslados y aceptar ayuda (de familiares cercanos o servicios externos).

Por otra parte, al analizar si había diferencias significativas en función del sexo, se observó que las mujeres perciben de manera más significativa que los hombres su capacidad para levantar y acostar un cuerpo sin el uso de grúa ( $t=2,01$ ;  $p<,05$ ). En contraste, los hombres perciben que las mujeres tienen más capacidad para pedir ayuda de servicios externos de lo que las mujeres piensan ( $t=1,99$ ;  $p<,05$ ). En relación al rol del cuidador no se han observado diferencias significativas en las capacidades en función del género.

Tabla 19.

*Percepción rol de género en tareas de cuidado*

	<i>Capacidades Mujeres</i>		<i>Capacidades hombres</i>	
	M	DT	M	DT
<i>Organización y planificación de las tareas de cuidado</i>	4,36	,64	3,10	1,15
<i>Asumir la responsabilidad principal del cuidado</i>	4,38	,89	3,12	1,21
<i>Preparar comidas</i>	4,49	,85	3,04	1,36
<i>Apoyos en casa: Cuidado de la casa, lavado ropa...</i>	5,07	5,21	2,76	1,27
<i>Seguimiento de salud, pruebas médicas</i>	4,42	,94	3,21	1,31
<i>Estar pendiente de la medicación, supervisión y toma</i>	4,50	,92	3,32	1,41
<i>Traslados fuera de domicilio</i>	4,16	,95	3,77	1,17
<i>Gestión económica /planificación de gastos</i>	4,65	5,27	3,74	1,17
<i>Comprensión de las emociones de la persona mayor dependiente</i>	4,41	,86	3,34	1,24
<i>Dar de comer</i>	4,39	,92	3,33	1,39
<i>Baño/aseo personal</i>	4,50	,91	3,04	1,41
<i>Aseo íntimo</i>	4,51	,90	2,89	1,43
<i>Cambio de pañal</i>	4,43	,94	3,05	1,51
<i>Levantar /acostar cuerpo muy pesado sin uso de grúa</i>	3,65	1,19	4,03	1,26
<i>Levantar y acostar cuerpo muy pesado con uso de grúa</i>	4,00	1,20	3,86	1,34
<i>Apoyo al vestido</i>	4,37	,99	3,39	1,31
<i>Aceptar la ayuda de otros miembros familiares</i>	3,94	1,14	3,86	1,22
<i>Aceptar ayuda de servicios y personal contratado</i>	3,94	1,23	4,00	1,20
<i>Tramitar documentación en los Servicios Sociales</i>	4,23	1,02	4,18	5,42
<i>Poner límites a la persona en situación de dependencia</i>	3,87	1,23	3,68	1,32
<i>Total</i>	86,46	17,85	69,05	21,84



### *d.5.3. Actitudes de género*

En relación a las actitudes de género, se ha obtenido una media de 16,21 (DT=6,93) en actitudes de diferencias de género en cuanto a aspectos del ámbito privado, mientras que la media en el ámbito público ha sido de 7,16 (DT=5,13). Estos resultados muestran que la mayoría de participantes están "algo de acuerdo" en que es más natural para la mujer encargarse de las tareas del hogar y de los cuidados de familiares que los hombres. En contraste, las puntuaciones medias en el ámbito público son relativamente bajas, lo que quiere decir que los participantes están en desacuerdo en el hecho de que las mujeres no deben tener un papel importante en las actividades fuera del hogar, como puede ser estar implicadas en el ámbito laboral.

Al comparar si estas puntuaciones eran diferentes en función del sexo y del rol del cuidador, destacar que no se han encontrado diferencias significativas.

### *d.5.4. Relación entre variables de género evaluadas*

Al analizar las relaciones entre las distintas variables que se han evaluado en torno al género se ha encontrado que a medida que hay más barreras de género en el cuidado se han observado también una percepción de que los hombres son menos capaces de realizar tareas de cuidado ( $r=-,294$ ;  $p<,01$ ), hay más actitudes en las que se piensa que la mujer debe desempeñar un mayor papel dentro del hogar ( $r=,501$ ;  $p<,001$ ), así como actitudes en las que el hombre tiene un papel más significativo fuera del hogar ( $r=,260$ ;  $p<,05$ ). Además, los que perciben que los hombres tienen menos capacidades para el cuidado tienden a pensar que las mujeres deben tener un papel más significativo en el hogar y cuidado de familiares ( $r=-,360$ ;  $p<,01$ ). Por último, los que perciben más capacidad en el desempeño de tareas de cuidado en hombres también lo perciben en mujeres ( $r=,409$ ;  $p<,05$ ) y los que tienen más actitudes acerca de la existencia de diferencias de género a nivel privado también lo perciben a nivel público ( $r=,471$ ;  $p<,05$ ).

#### *d.6. Funcionamiento Familiar*

La media del funcionamiento familiar de los participantes es de 36,19 (DT=7,7), lo que se corresponde con unos niveles moderados. A comparar las diferencias en el funcionamiento familiar en función del sexo y del rol de cuidado, no se han encontrado diferencias significativas ( $p>,05$ ).

#### *d.7. Relaciones entre las variables objetivo*

Al realizar correlaciones para ver si existen relaciones significativas entre las variables objetivo, se ha encontrado lo siguiente:

A mayores puntuaciones en hábitos de salud se han encontrado también mayores puntuaciones en autocuidados ( $r=,253$ ;  $p<,05$ ), envejecimiento con éxito ( $r=,308$ ;  $p<,01$ ) y funcionamiento familiar saludable ( $r=,370$ ;  $p<,01$ ).

Además, los sujetos con mayores actitudes de género privado (afirmar que mujeres deben tener un peso más significativo en tareas del hogar y cuidado de familiares) tenían a su vez mayores niveles de culpa hacia el cuidado ( $r=,220$ ;  $p<,05$ ).

En relación a los autocuidados, estos han correlacionado negativamente con las barreras del cuidado responsable ( $r=-,316$ ;  $p<,01$ ) y actitudes de diferencias de género a nivel público ( $r=-,235$ ;  $p<,05$ ).

A mayor percepción de barreras hacia el cuidado responsable, se han observado menos hábitos de salud ( $r=-,308$ ;  $p<,01$ ), menos autocuidados ( $r=-,316$ ;  $p<,01$ ), más barreras de género ( $r=,485$ ;  $p<,01$ ) y peor funcionamiento familiar ( $r=-,376$ ;  $p<,01$ ).

Por último, a mayores actitudes en las que se espera que el hombre tenga un mayor peso en el ámbito público que la mujer, se han encontrado también una menor percepción de beneficios tras el programa ( $r=-,216$ ;  $p<,05$ ), menos autocuidado ( $r=-,235$ ;  $p<,05$ ) y más barreras de género en el cuidado ( $r=,260$ ;  $p<,05$ ).

Por último, se han realizado pruebas t-student para analizar diferencias en las variables de género, funcionamiento familiar, barreras de cuidado, autocuidados y envejecimiento con éxito en función de los cambios de salud experimentados tras iniciar las tareas de cuidado. En concreto, se ha obtenido lo siguiente:

- En aquellos sujetos que perciben cambios en el estado de salud general desde que es cuidador se ha observado que realizan menos autocuidados ( $t=-,218$ ;  $p<,05$ ) y peor funcionamiento familiar ( $t=-,196$ ;  $p<,05$ ).
- En aquellos que han experimentado cambios en el último año, se han observado más barreras de cuidado ( $t=4,327$ ;  $p<,001$ ), más barreras de género ( $t=2,836$ ;  $p<,001$ ), actitudes acerca de la existencia de diferencias de género en el ámbito público ( $t=2,348$ ;  $p<,01$ ).
- Aquellos participantes que en concreto indicaron el cuidado de su familiar ha afectado a su salud física mostraron menores puntuaciones en funcionamiento familiar ( $t=-2,290$ ;  $p<,05$ ).
- Aquellos participantes que en concreto indicaron el cuidado de su familiar ha afectado a su salud mental mostraron menores niveles de envejecimiento con éxito ( $t=-2,975$ ;  $p<,01$ ) y más barreras de cuidado ( $t=4,190$ ;  $p<,001$ ).

## 5. VALORACIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA: LOS BENEFICIOS QUE DESDE LA INVESTIGACIÓN SE HAN DEMOSTRADO

Este equilibrio conlleva mejoras en la salud integral de la persona cuidadora principal y por ende de su entorno. Los datos que disponemos de la investigación asociada nos demuestran la eficacia del programa en aspectos salud de las personas cuidadoras como son la reducción de sus niveles de ansiedad, de percepción de carga del cuidado y aumento de la satisfacción en el cuidado que se mantienen.

El estudio que se llevó a cabo conveniado con la Universidad CEU San Pablo en el que se analizó la eficacia del programa incluyó 505 cuidadores informales que participaron en el programa Cuidarelay, de los cuales 251 pertenecían a la Comunidad Valenciana (49,7%), 195 pertenecían a Aragón (38,6%) y 59 (11,7%) pertenecían a la Comunidad Autónoma de la Rioja.

De los 505 participantes, 290 eran cuidadores principales, siendo el 87,5% mujeres, la media de edad de 57,4 años y el tiempo medio total dedicado al cuidado de 6 años y medio. En relación a los cuidadores de apoyo, fueron 215 los que se evaluaron, siendo el 69,8 % hombres y de una media de edad de 54 años.

Los resultados obtenidos se pueden resumir en la siguiente tabla 20. En ella se comparan los resultados del programa de intervención cuidarelay con un grupo control que solo acudió a los balnearios:

Tabla 20. Esquema resultados Cuidarelay

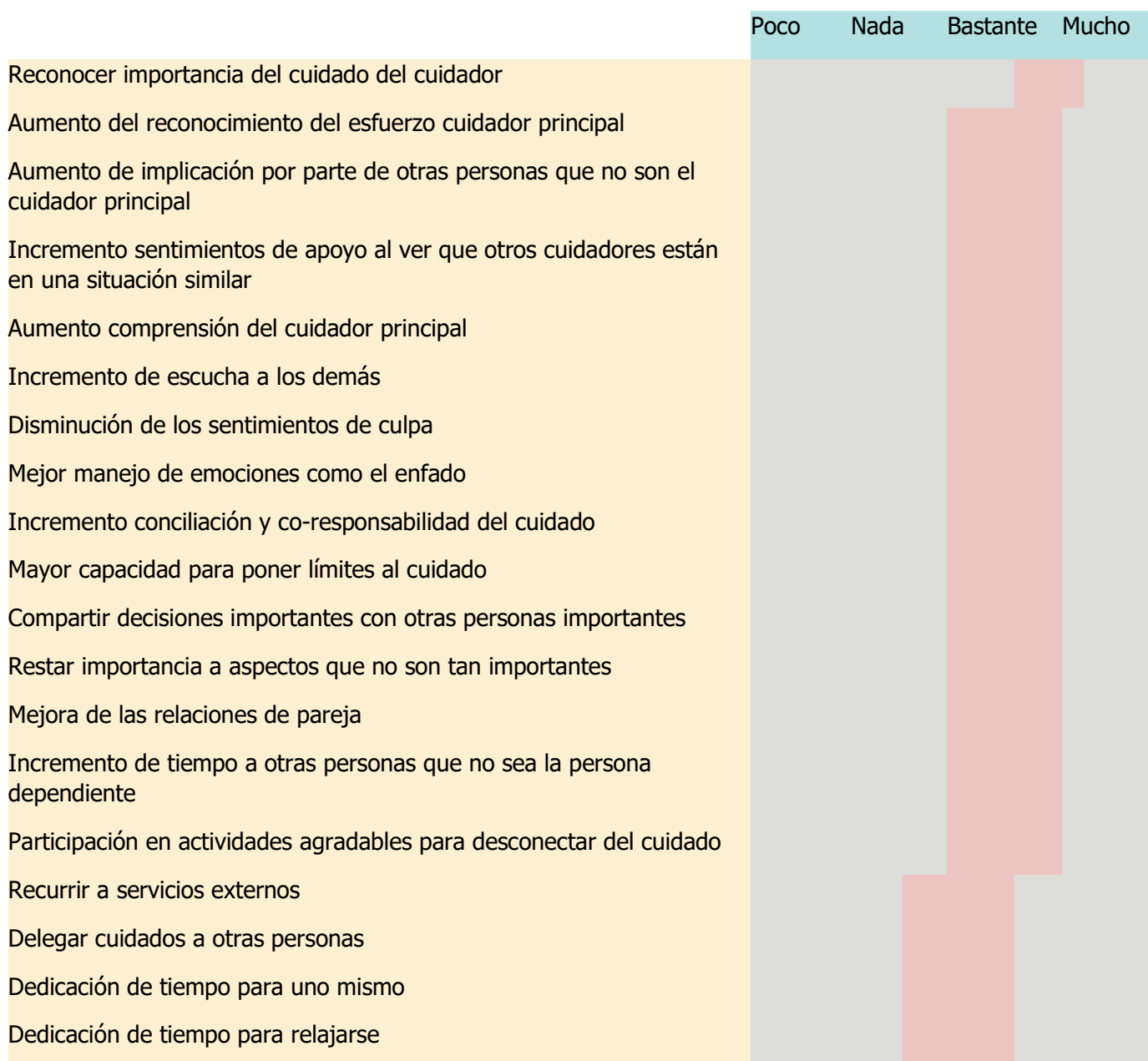
	Cuidarelay		Solo balneario	
	Cuidador Principal	Cuidador Apoyo	Cuidador Principal	Cuidador Apoyo
Sobrecarga	Verde	Verde	Rojo	Rojo
Ansiedad	Verde	Verde	Verde	Amarillo
Satisfacción con el cuidado	Verde	Verde	Rojo	Rojo
Depresión	Verde	Verde	Verde	Verde
Adaptación vida laboral, personal, familiar y social	Verde	Verde	Amarillo	Amarillo

(Nota: el color verde es indicador de una eficacia media-alta, el amarillo eficacia moderada-baja y el rojo indica ausencia de mejoras)

Como se puede comprobar, el programa mostró mejoras en todas las variables analizadas y mostró su superioridad con el grupo que solo mostró balneario en prácticamente todas las variables.

Además, se realizó un segundo estudio en el que se evaluó a 100 sujetos un año después de acudir al programa donde se les preguntó por los logros tras el programa. Los resultados se muestran en la siguiente tabla 21:

Tabla 21. Logros del programa



(Nota: el color rosa es indicador de las puntuaciones medias dadas por los sujetos)

Como se puede ver en la tabla anterior, en cuanto a las mejoras en aspectos concretos, se observan puntuaciones elevadas en todos los ítems, todos ellos con medias próximas a bastante mejoría. En concreto, los cinco aspectos en los que los participantes afirman haber mostrado más mejoría son: reconocimiento de la importancia del cuidado del cuidador, reconocimiento del esfuerzo del cuidador principal, implicación de otras personas en el cuidado más allá del cuidador principal, sentimientos de apoyo al ver a otros cuidadores que se encuentran en una situación similar y comprensión del cuidador principal. En contraste, los aspectos que han mostrado una menor mejoría son aquellos relacionados con el hecho de buscar espacios o tiempo libre para uno mismo más allá del cuidado y el delegar los en otras personas o servicios externos.

Por último, se preguntó por el nivel de satisfacción con el programa, donde se obtuvo que más del 70% de los participantes señalan que han mejorado bastante e, incluso mucho, tras participar en el programa Cuidarelay a nivel personal y en cuanto a mejora de su entorno, en sus relaciones tanto con la persona dependiente a la que cuidan como con el otro cuidador que participó en el programa. Además, el grado de cumplimiento con los compromisos de cambio establecidos en el programa es bastante alto, teniendo en cuenta que el 84% mantiene haberlo cumplido bastante o mucho.

# **EL CAMBIO DE ACTITUDES DESDE EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO. LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS CUIDADORAS**

## 1. MODELO TEÓRICO DE CAMBIOS DE ACTITUDES DESDE EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO

El modelo de cuidado equilibrado (Ortiz & Martínez, 2013) es un modelo teórico propuesto para organizar el cuidado y ser aplicado en aquellos casos donde el cuidado de las personas mayores en situación de dependencia es de larga duración y por tanto se prolonga en el tiempo. Situación cada vez más frecuente en nuestra sociedad, en la que la esperanza de vida y por tanto el tiempo de cuidados ha aumentado marcadamente durante las últimas décadas.

Organizar el cuidado como siempre habíamos hecho “Cuidar de manera Clásica”, organizado centrado en cubrir casi en exclusiva las necesidades de la persona en situación de dependencia son sostenibles en periodos cortos de tiempo, pero cuando este se prolonga durante años frecuentemente abnegadamente, el cuidado es desajustado. Existe pues el peligro que la resistencia psicológica (resiliencia) de las familias cuidadoras se agote, y aparezcan en estas familias entregadas al cuidado cuadros de ansiedad, depresión que junto con otras consecuencias frecuentemente son descritos en la literatura. La cercanía de la relación y el prolongado tiempo que pasan juntos son factores fundamentales a la hora de entender lo agotadora que puede ser la experiencia. Existe una manera diferente de organizar el cuidado “cuidado equilibrado”, con el mismo objetivo, cuidar a nuestros familiares en situación de dependencia. Los retos que plantea el cuidado pueden dar a la persona cuidadora energía y experimentar satisfacciones si al final logramos un equilibrio de vida cuidando también de nuestro entorno familiar. Cuidar tiempos prolongados y con frecuencia en solitario afecta en muchas ocasiones a la salud (física y mental) de la persona cuidadora principal y a todos los ámbitos de la vida en general como es funcionamiento personal, laboral, de pareja y de la vida familiar.

El mantenimiento de un cuidado tradicional con valores y creencias arraigadas de roles diferenciados de género en el cuidado agudiza y dificulta realizar ajustes adaptativos y equilibrados. Una vez que se produce por una u otra



circunstancia el agotamiento, el colapso de recursos personales, familiares del entorno, las personas cuidadoras principales, corren el riesgo de deprimirse o angustiarse en exceso, repercutiendo e influyendo todos los ámbitos de su vida incluyendo en la persona en situación de dependencia y en los cuidados que recibe. Aplicar un modelo más sostenible y equilibrado, es beneficiar a todos /as favoreciendo también el buen trato de la persona en situación de dependencia.

En definitiva, los profesionales debemos de aplicar una mirada más amplia e integradora en el cuidado. No solo debemos contemplar a la persona en situación de dependencia y su cuidador/a principal, sino entender que el cuidado es un sistema en el que se reconoce la importancia no solo de los agentes directos sino de todo lo que compone la sociedad en su conjunto.

El "Modelo de Cuidado equilibrado" desde el punto de vista social debe favorecer tres aspectos diferenciados (Ortiz & Martínez, 2013) contemplando la perspectiva de "género":

1. El cuidado responsable del familiar objeto de atención.
2. El autocuidado de la persona cuidadora principal.
3. La conciliación de la vida personal, familiar y laboral garantizando la corresponsabilidad en el cuidado

Esta visión integradora y su aplicación genera un modelo de sociedad más sana, igualitaria, justa e inclusiva. En un primer análisis microsociológico tiene dos aspectos fundamentales, primero la mejora de la calidad de la relación del cuidado y segundo la consecución de un estado de salud y bienestar biopsicosocial por parte de todos los integrantes implicados en la relación del cuidado

## 1.1. EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO Y SU FUNDAMENTACIÓN

El modelo de cuidado equilibrado (Ortiz & Martínez, 2013) es un modelo teórico, que surge como resultado de una experiencia acumulada durante varios años, de intervención profesional y humana, en el ámbito de la atención a las personas mayores en situación de Dependencia. Experiencia y dedicación plena, que nos ha brindado la posibilidad de profundizar, no solo en la problemática real en que viven las personas mayores dependientes, sino en la realidad de aquellas otras, que día a día, y durante un tiempo indefinido, invierten una parte importante de su vida, en esa sutil relación que es el cuidado de la persona en situación de necesidad. Las personas que ostentan el cuidado, son un motivo fundamental sobre el que gravita el Modelo de Cuidado Equilibrado.

Los cuidadores, desde nuestra citada experiencia y observación continuada, lejos de ser contemplados como un elemento subordinado y/o secundario a la persona mayor dependiente y su situación peculiar, han pasado a constituir un elemento de importancia primaria, una realidad que demanda ser considerada, comprendida y estudiada. Comprendida y estudiada, tanto desde su perspectiva individual, como personas que piensan, sienten y actúan, como desde su significado social, dentro de un contexto cultural y actitudinal que trasciende la persona y que constituye una realidad externa de amplias dimensiones, con claras proyecciones sobre formas concretas de actuar y construir el esquema del cuidado. El Modelo de Cuidado Equilibrado, contempla ese universo cultural, que dirige las percepciones, las atribuciones y los papeles que adoptan los actores, en definitiva, ese conglomerado que fija los destinos de las personas como entes individuales, quizá desde esquemas no del todo acordes con los intereses, derechos y condiciones de salud y estabilidad de los que ostentan la responsabilidad del cuidado. Un universo cultural y actitudinal, que en muchos casos, se ha ido consolidando, desde tiempos pretéritos y en base a esquemas de pensamiento, actitudes y valores anacrónicos, que hoy en día parecen coexistir con otras visiones más adaptadas y realistas, rigurosas y científicas, y que demandan cambios en cómo debe ser el planteamiento y la estructura del cuidado, integrando tanto la realidad y necesidades del mayor dependiente como las de la/s personas que ostentan la función del cuidar.

El Modelo de Cuidado Equilibrado, como enfoque teórico que surge de la praxis y no de planteamientos especulativos, es por tanto un modelo de amplio espectro e integrador, que utiliza la visión en perspectiva como herramienta de pensamiento y fundamentación teórica, e incluye todos los aspectos que intervienen y definen la sutil relación entre el microsistema de la relación de cuidado, y el macrosistema que aglutina todo el entramado de contenidos que otorgan una poderosa influencia en cuanto las formas de entender la realidad (vg. La persona dependiente y la relación de cuidado), los sentimientos y emociones asociados y los comportamientos que a su vez refuerzan y dan consistencia al sistema que los infunde.

Entre esos contenidos, que en gran medida constituyen el conjunto intersección entre la persona y el referente cultural, hay que destacar las actitudes, como elemento activo que determina y orienta formas concretas de proceder, y que pueden dar lugar a consecuencias tanto en un sentido positivo como adverso a las necesidades e intereses de la/s persona implicadas en la relación de cuidado y sus condiciones de existencia y equilibrio vital.

Estamos en un momento, en que la relación de cuidado supone una dedicación y esfuerzo cada vez más prolongados en el tiempo, y eso es consecuencia directa del aumento de la esperanza de vida y por tanto de las enfermedades degenerativas que cursan con gradientes progresivos de dependencia. Este aspecto cuantitativo del cuidado, cuando se une a las formas y estilos obsoletos en que se desarrolla esa actividad (aspectos cualitativos del cuidado), a la larga produce cambios y restricciones que sufre la persona cuidadora, que dan lugar a efectos adversos sobre su equilibrio biológico, psicológico y social.

Persistir en formas de cuidar propias de etapas anteriores ("modelo clásico de cuidado"), en que la dimensión cuantitativa del cuidado, era de mucha menor intensidad, e intentar compatibilizarlas con las exigencias de un cuidado prolongado (en muchas ocasiones de varios años, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida) desemboca a menudo en situaciones que desafían la capacidad de resistencia de la persona cuidadora (resiliencia), dando lugar a formas diversas de claudicación que se manifiestan, tanto en el deterioro de su estado de salud, como en la pérdida de calidad de la misma relación de cuidado.

El modelo clásico de cuidado, o cuidado centralizado, se fundamenta en la relación unidireccional (“de fuera hacia adentro”), en que la persona dependiente se situaba en el centro del sistema, siendo el foco principal y exclusivo de interés, sobre el que recaían todo el conjunto de atenciones y cuidados (“satélites”) orientados a paliar su situación defectual o de necesidad. Todo ello, obviando o desatendiendo el resto de elementos del sistema de cuidado, en su mayoría personas, y predominantemente mujeres, cuya realidad se fundía en la realidad de la persona cuidada.

Este modelo abnegado, en que se desestima el “yo” y se hipertrofia la importancia “del otro”, al que se supedita y debe por obligación moral o por imperativos de rol (muy habitualmente rol de género), puede ser considerado como un *modus operandi* sostenible en periodos cortos de tiempo (“fase aguda” de la enfermedad), cuyos costos en salud y homeostasis personal y social del cuidador sean apenas apreciables o de pronta resolución o restablecimiento. No es extraño (e incluso frecuente) escuchar apreciaciones de alta motivación y satisfacción por parte de las personas cuidadoras y constatar evidencias de dedicación plena, afán y persistencia en las actividades demandadas por la situación. Durante las primeras fases (“fase de alarma” en términos del modelo clásico de estrés), se puede ver en muchas ocasiones, un gran despliegue de recursos orientados a la atención y mejora de la calidad de vida del mayor dependiente, con elevada percepción de autocontrol y “alta energía” por parte de la persona cuidadora. Quizá el situar en segundo plano las actividades y “aparcar temporalmente el *modus vivendi*” de la persona activa (incluyendo su actividad laboral, sus relaciones de pareja o con los hijos y amigos, sus actividades de ocio, etc.) sea una consecuencia lógica, potencialmente adaptativa y socialmente comprensible, ante esta situación crítica que se ha presentado, a veces de súbito, y que demanda cambios y decisiones rápidas.

El gran reto que se plantea, es cuando persiste en el tiempo la situación que ha dado lugar a los reajustes del sistema y los cambios consecuentes en la vida de la persona cuidadora. La inversión inicial de recursos o las renunciaciones (“inicialmente temporales o de carácter urgente”), pueden desembocar en pérdidas definitivas o daños irreparables que supongan una merma real de la persona y su situación vital, personal, económica, laboral, afectiva y un largo etcétera. Y evidentemente, en su estado de salud (fase de claudicación en el modelo de mantenimiento del estrés). Este modelo clásico de cuidado

abnegado, que supone de forma obligada renunciaciones y pérdida de oportunidades, al mantenerse en el tiempo, pierde por completo su posible valor funcional propio de las fases iniciales del cuidado (fase aguda o de alarma) consolidándose, por su cronicidad, una situación de restricción vital del cuidador, que constituye una situación de clara desventaja y desequilibrio, produciéndose cambios en diversos órdenes (constatados y evidenciados en nuestra experiencia profesional con grupos de cuidadores):

1. Psicológicos como, ansiedad, depresión, patología psicósomática, sentimientos de culpa/fracaso, pérdida de percepción de control y manejo, indefensión y desesperanza.
2. Problemas relacionales: reducción/restricción/pérdida de la red social y el universo interpersonal, desajustes de pareja.
3. Impacto económico: reducción de jornada laboral o renuncia a la actividad para dedicación al cuidado con la consiguiente merma de los ingresos.
4. Problemática física como consecuencia de la situación de estrés mantenido: problemas cardiovasculares, hipertensión, digestivos.

Estos cambios, a su vez, repercuten en muchas ocasiones de forma directa en la misma relación de cuidado (efecto paradójico), observándose formas sutiles de negligencia, claudicación, abandono y trato emocionalmente adverso con la persona dependiente.

La experiencia y la evidencia constatada en diferentes estudios de investigación, desvelan un factor vinculado al género en el modelo clásico de cuidado, recayendo la carga del mismo en la mujer de forma predominante (feminización del cuidado). Los cambios en la condición de las mujeres respecto a épocas anteriores, han ido diluyendo en el tiempo su papel tradicional, desde el modelo familiar patriarcal, según la cual, ostentaban por rol cultural, la responsabilidad del cuidado de los integrantes de la unidad familiar más vulnerables (niños y mayores enfermos o en situación de dependencia). La progresiva conquista de derechos, su integración en el mundo laboral y los avances en igualdad, coexisten, de forma contradictoria, con esa realidad residual que conforma y mantiene "las expectativas de rol de género", propias de épocas anteriores. En definitiva, se solapan modelos de cuidado clásico o

centralizado con formas alternativas y más ajustadas de atención a las personas en situación de dependencia, trayendo como consecuencia, no solo una situación de desventaja y pérdida de oportunidades en el caso de las mujeres, sino también, un factor de riesgo para la salud (vinculado al género). Esta relación causal debe su existencia a determinadas formas de percibir la realidad, creencias y sentimientos arraigados a las mismas (actitudes) que sobreviven de una forma anacrónica, que crean comportamientos y que se perpetúan por su repetición. Por este motivo, el estudio de la relación del cuidado, implica necesariamente una visión perspectiva de género, en particular, así como un desvelamiento de las creencias, valores y actitudes que persisten en el macrosistema cultural y que inciden de forma negativa, tanto en la salud y equilibrio de las personas implicadas en el cuidado, como en la misma relación de cuidado.

Sistema de cuidado de larga duración:  
 diferencias entre cuidado centralizado  
 y descentralizado



**MODELO DEL CUIDADO EQUILIBRADO**

Generar en la sociedad una cultura de organización del cuidado desde el modelo de cuidado equilibrado traerá como consecuencia unos menores costes en salud, al tiempo que contribuirá al fortalecimiento de las redes de apoyo social. Además, este nuevo modelo supone abordar programas de intervención preventivos que favorezcan y propicien la organización del cuidado desde el inicio, eliminando el modelo patriarcal del cuidado, potenciando sus elementos positivos y satisfactorios, amortiguando los elementos negativos que perjudican la salud y que producen diferentes desequilibrios en la vida.

Concebir el cuidado como un sistema abre la puerta al diseño de intervenciones que incorporen actuaciones con otros agentes del mismo, entre los que se encuentran no solo las personas cuidadoras principales sino también las personas cuidadoras de apoyo, el entorno relacional y familiar en los que se desarrolla los cuidados, el entorno social y convivencial que es testigo de los cuidados, profesionales y en general toda la sociedad en su conjunto.

Actualmente contamos con amplio volumen de datos que abalan científicamente la pertinencia de diseñar intervenciones desde el “Modelo de cuidado equilibrado”. Durante 10 años lo hemos aplicado en un programa de intervención grupal sociopsicoeducativo breve desarrollado durante un fin de semana en balnearios denominado “Cuidarelay”. Este programa de eficacia reconocida incorpora en su intervención no solo a las personas cuidadoras principales sino también a las personas que les apoyan en el cuidado. Aplicar el modelo de cuidado equilibrado con personas cuidadoras de larga duración en el cuidado produce una mejora en la calidad de vida en general, produce claras mejoras emocionales y de salud (disminuye ansiedad /carga de cuidado, tiende a disminuir depresión y aumenta satisfacción en el cuidado), mejora relaciones convivenciales y de pareja entre otros muchos beneficios. Así mismo hemos constatado la importancia de incorporar en las intervenciones con cuidadores la perspectiva de género, no solo por abordar aspectos obvios como es el de la feminización del cuidado, sino porque es una variable de primer orden fundamental en la estructuración de los cuidados y en la toma de decisiones de todos los agentes que componen el sistema de cuidado.

Señalamos algunos otros datos que la investigación aportó 2015 con una muestra 505 sujetos avalan la necesidad de ahondar en el conocimiento en las intervenciones desde la perspectiva de género, así diseñar programas orientados a la atención, prevención y promoción de la salud de las personas cuidadoras.

### **A) Perfil prototípico cuidador/a principal CUIDARELAY**

- mujer
- de mediana edad,
- que lleva 6 años y medio cuidando

- dedica al día unas 14 horas al cuidado,
- principalmente hijas de la persona mayor cuidada,
- con estudios medios,
- sin trabajo,
- la razón del cuidado era extrínseca
- casi un tercio consumía algún tipo de psicofármacos para poder sobrellevar el malestar producido por el cuidado

### **B) Perfil prototípico cuidador/a DE APOYO CUIDARELAX**

- cuidador varón,
- de mediana edad,
- yerno del mayor cuidado,
- con estudios medios
- trabaja en la actualidad.

### **C) Perfil prototípico de medicación que toman cuidadores**

(35% toma algún tipo de medicación)

- Ansiolíticos (35% de los casos)
- Antidepresivos ( 31% de los casos)
- Ansiolíticos + Antidepresivos ( 11% de los casos)
- Antipsicóticos ( 4% de los casos)
- Terapias alternativas ( 1% de los casos)

Desde comprobar el beneficio de aplicar intervenciones con personas cuidadoras principales y de apoyo , ahora es el momento de dar un paso más. Diseñar intervenciones con otros colectivos del sistema de cuidado. En esta línea enmarcamos las experiencias piloto motivo de este cuadernillo. Es el



comienzo de una línea de intervenciones orientadas a la prevención y promoción de la salud en la población general y grupos de riesgo

## **1.2. LA NECESIDAD DE REALIZAR PROGRAMAS PREVENTIVOS DESDE EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO**

El conocimiento que actualmente tenemos sobre las consecuencias que tiene la aplicación del modelo clásico del cuidar son , a veces devastadoras, en nuestra sociedad. Lograr una nueva forma de organizar el cuidado de las personas mayores en dependencia requiere desarrollar una cultura del cuidado desde nuevas miradas y compromisos que interioricen respuestas congruentes en la acción y pensamiento, la solidaridad, la igualdad y la diversidad en nuestra sociedad. Minimizando el impacto de las consecuencias negativas del cuidar, potenciando los aspectos positivos y avanzando en la construcción de una sociedad mas justa, mas sana, igualitaria y comprometida. Para ello hay que diseñar nuevas líneas de intervención preventivas dirigidas a otros colectivos mas allá de las intervenciones con personas cuidadoras principales.

En realidad, todos y cada uno de nosotros/as podemos convertirnos en personas cuidadoras en cualquier momento de nuestra vida. Preparar a nuestra sociedad para abordar y organizar el cuidado de nuestros seres queridos de una forma mas sana y equilibrada se convierte en una prioridad de salud pública y de compromiso social. Como conclusión valoramos la necesidad urgente de diseñar e incorporar programas preventivos.

Recordar, como ya habíamos referenciado anteriormente, que partimos de una larga experiencia de intervención-investigación-acción. De manera continuada desde 2019 en diferentes comunidades autónomas, en diferentes entornos sociales (rural, urbano), hemos venido realizando un programa de prevención terciaria con personas cuidadoras principales y de apoyo "Cuidarelay", aplicando el modelo de cuidado equilibrado. Los beneficios de este programa validan el avanzar en este tipo de intervenciones.

A continuación, desarrollaremos las principales líneas de intervención, que valoramos como necesario avanzar.

### 1.3. PRINCIPALES LINEAS DE INTERVENCIÓN

Enumeramos las principales líneas de intervención que posteriormente desarrollaremos:

- ❖ Cambiar el paradigma del cuidado de larga duración
- ❖ Sensibilizar a la sociedad de que el cuidado de las personas en situación de dependencia no es responsabilidad exclusiva de sus familiares/allegados cuidadores
- ❖ Romper con el techo de cristal de género en el cuidado (patriarcado / heteropatriarcado).
- ❖ Abordar la prevención y promoción de la salud en el cuidado de Larga duración.
- ❖ Poner en positivo el valor de cuidar como base de la construcción social.

**A) Cambiar el paradigma del cuidado de larga duración de los modelos clásicos de cuidado centralizado**, en que la prioridad y objetivo exclusivo era atender a las necesidades de la persona dependiente (que configura y condiciona a su vez “un estilo abnegado de cuidado”, por parte del entorno protector próximo) a un modelo de cuidado equilibrado descentralizado e integrador.

**B) Sensibilizar a la sociedad** de que el cuidado de las personas en situación de dependencia no es responsabilidad exclusiva de sus familiares/allegados cuidadores, reconociendo la importancia y el compromiso que el resto de los componentes tienen en el sistema de cuidado, como elementos fundamentales. Surge la necesidad de incorporar intervenciones mas globales, transversales e integradoras con el conjunto de la sociedad.

**C) Romper con el techo de cristal de género en el** cuidado (patriarcado / heteropatriarcado). Todos los estudios indican la feminización del

cuidado, tanto a nivel personal, profesional como familiar. Las consecuencias en muchas ocasiones ponen a este colectivo en alto riesgo de vulnerabilidad. Excedencias laborales, reducciones de la jornada, abandono del trabajo y en general la precariedad laboral que condena a la exclusión de los diferentes sistemas de protección de bienestar social. Alto riesgo de pérdida de redes sociales, de aislamiento y soledad en el cuidado cuando este se prolonga en el tiempo. Quedan también descritos enfrentamientos y conflictividad dentro del ámbito de pareja y familiar que añaden tensiones, sufrimiento y desprotección personal. Afectan a la economía familiar y a la larga al desamparo de quien asume el rol de "persona cuidadora principal", y por tanto de quien se ocupa en muchas ocasiones en solitario, del cuidado y atención de un ser querido, que no puede valerse por sí mismo.

En el cuidado son importantes los aspectos antropológicos de sociabilización de un reparto de roles en función al género y que tiene que ver con la construcción de una organización social en la que la distribución del trabajo de cuidar de nuestros seres queridos se incorpora en un reparto no productivo, dentro de la privacidad familiar, siendo invisible en su conjunto. El reparto de estos roles en función al género está feminizado, consensuado y aceptado socialmente con una carga emocional profunda de lo que se espera de cada miembro del grupo familiar desde la infancia, lo que se incorpora en nuestro valor personal, en nuestro concepto y autoestima, en el nivel de aceptación familiar y social.

La consecuencia de todo esto hace que con respecto al cuidado, el abordaje emocional sea desequilibrado porque las presiones y organizaciones son desiguales e injustas. La sociedad patriarcal / heteropatriarcal se convierte en una barrera fundamental. El género, lo femenino, tener o no familia nuclear son actualmente criterios sociales- familiares que determinan la organización de los cuidados, su estructura y abordaje. Por todo ello en el cambio de modelo de cuidado, es ineludible abordar la perspectiva de género y sus implicaciones tanto en el cuidado directo, como en el microsistema del cuidado.

## **D) Abordar la prevención y promoción de la salud en el cuidado de Larga duración.**

La sociedad española se encuentra ante un reto social y sanitario sin precedentes. España es actualmente el segundo país del mundo con mayor esperanza de vida, no solo de los españoles y españolas en general, sino también de aquellas personas que padecen enfermedades incapacitantes con necesidad de ayuda. Los cuidados se han ido transformando en un proceso mayoritario de larga duración. Es justo ese aumento de la esperanza de vida el que nos está enfrentando al desafío de organizar socialmente de otra manera los cuidados de su ciudadanía en situación de dependencia y de larga duración en el cuidado.

El entorno más próximo cuidador, familiares/ allegados, abordan el cuidado con carencias de apoyos y escasos recursos, frecuentemente con un impacto negativo sobre su salud. La perpetuación de modelos de organización clásicos de cuidado están favoreciendo que asumir ese cuidado prolongado deteriore la salud física y mental de las personas cuidadoras principales en general, pero especialmente de las mujeres cuidadoras que tiene un alto riesgo de desarrollar un envejecimiento alejado del modelo de envejecimiento activo propuesto por la OMS. Esta misma institución recomienda que a partir de los 55 años se incorporen programas preventivos de salud, hábitos saludables, siendo paradójico y contradictorio que en estos momentos a estos colectivos de personas cuidadoras se le incremente los niveles de responsabilidades, de trabajo y de compromiso con su entorno afectivo, lo que sin lugar a dudas, no solo no favorece el cumplimiento de los objetivos recomendados sino, lo que es peor los dificulta. Los programas de prevención y promoción de la salud conocidos hasta el momento mayoritariamente han sido dirigidos a realizar intervenciones directamente con las personas cuidadoras principales, sin considerar los miembros del entorno más cercano (ej. cuidadores de apoyo), ni la comunidad.

En este punto, se considera necesario intervenir desde la prevención y promoción de la salud en el que no solo se considere a las familias cuidadoras como responsables del cuidado de sus familiares dependientes sino que se incorpore el sentido de la responsabilidad social. Por ello, es imprescindible

también iniciar el diseño de nuevas intervenciones dirigidas a otros colectivos del entorno de cuidado, grupos de riesgo y población general española.

Es urgente aplicar inmediatamente medidas transversales a corto plazo para la mejora en salud de la población cuidadora familiar. Debemos contemplar una visión más a largo plazo de la evolución de salud de este colectivo, donde si no ponemos medidas correctoras hoy, probablemente en pocas décadas nos encontremos en nuestra sociedad con unos mayores porcentajes de dependencia como consecuencia de haber asumido de manera desequilibrada el cuidado actual de nuestros seres queridos.

### **E). Poner en positivo el valor de cuidar como base de la construcción social.**

¿Se puede ser feliz cuidando de un familiar en situación de dependencia? En principio es difícil de responder con un sí rotundo. Sería temerario no asumir que existe un sufrimiento normal que forma parte del vivir, pero también es temerario ignorar que hay satisfacciones. Los lazos cercanos afectivos con la persona cuidada, los valores-creencias personales-sociales entorno al cuidado de nuestros familiares mayores en situación de dependencia requiere del compromiso y esfuerzo por ayudar, y en esta relación de ayuda próxima puede también encontrarse aspectos positivos y satisfactorios. El planteamiento, aunque pueda parecer sencill,o tiene un calado muy hondo.

En nuestra sociedad el cuidar de familiares en situación de dependencia es cada vez más frecuente. Normalizar esta situación poniendo en positivo el valor de cuidar consideramos que es la base de la construcción de una sociedad sana. Para ello hay que romper con los estereotipos negativos del cuidar, especialmente que estigmatizan y victimizan a las personas que cuidan, aspectos que se potencian sobre todo cuando se trata de cuidar de personas mayores (edadismo).

No es justo pedir a una persona que tiene carga en el cuidado que además sea feliz, simplemente porque con frecuencia lograríamos el efecto contrario. La

persona podría aumentar su sufrimiento si no logra experimentar sentimientos de felicidad cuidando, probablemente piense que es una mala persona favoreciendo sentimientos de culpabilidad y aumentando frustraciones.

Solo podemos convertirlo en fortaleza si somos capaces de favorecer un conjunto de acciones e intervenciones que puedan revertir la carga de cuidar en solitario, en el disfrute afectivo de poder hacerlo desde la responsabilidad y el compartir social. Potenciar los factores de crecimiento personal en la experiencia de cuidar y organizar las intervenciones contemplando el modelo de resiliencia en el cuidado. Hablamos de satisfacción del cuidar y no de fomentar relaciones de dependencia y tóxicas en el cuidado. Es apostar por vivir cuidando y no porque nuestra vida sea absorbida por el cuidado.

En el cuidado es sano darnos permiso para reír y para disfrutar de las cosas buenas de la vida. Es indispensable integrar como normalizado en nuestra sociedad el delegar el cuidado en otros miembros de la familia/allegados o en recursos y/o instituciones, superando sentimientos de abandono, culpa y traición a nuestros familiares. Como consecuencia es también imprescindible eliminar la desconfianza en la delegación del cuidado.

## **1.4. PROGRAMA DE CAMBIO DE ACTITUDES COMO PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

### **A) EL CAMBIO DE ACTITUDES EN LA ORGANIZACIÓN: MODELO CUIDADO EQUILIBRADO**

Las intervenciones que posteriormente describiremos son el producto de nuestra experiencia previa, pero especialmente del trabajo realizado en los últimos dos años. Desde 2018 llevamos trabajando para desarrollar las bases que ha permitido en este 2019 implementar programas orientados a la prevención y promoción de la salud en personas cuidadoras y en uno de los grupos de riesgo de mayor impacto, el de mujeres no cuidadoras.

Con estos programas hemos pretendido fomentar actitudes saludables y conductas de salud en torno a la organización del cuidado. Su objeto, como hemos señalado anteriormente es contribuir a generar una cultura en el entorno del cuidado alrededor del concepto de cuidado equilibrado y los procesos de igualdad y corresponsabilidad en la sociedad incluyendo por tanto la perspectiva de género. No debemos de olvidar que todos/as somos cuidadores/as potenciales (principales o de apoyo) y que pertenecemos a una sociedad en la que las familias cuidadoras de personas en situación de dependencia son una realidad de alta prevalencia con tendencia a ir en aumento el número de familias y continua incrementándose progresivamente el tiempo de su vida dedicada a la labor de cuidar.

Como primer paso consideramos fundamental iniciar la construcción de una escala de actitudes para la organización equilibrada del cuidado que nos ha permitido obtener una herramienta valida en la que basar intervenciones preventivas para todos y cada uno de los agentes que intervienen en el cuidado de la dependencia y medir su eficacia. Esta escala es un instrumento de medida que nos permite discriminar que población tiene actitudes mas saludables e igualitarias en la organización del cuidado de larga duración en dependencia. La escala aporta tres resultados, cuenta con una media global de cuidado equilibrado y dos subescalas (de género y de afrontamiento adaptativo). Su aplicación en las intervenciones ha permitido validar este tipo de actuaciones y comenzar a avanzar en programas preventivos en el cuidado de la dependencia.

## **B) ACTITUDES A CAMBIAR:**

Abordamos en los programas todas aquellas actitudes que favorecen el "cuidado equilibrado".

Aunque en la escala de actitudes no hemos podido incorporar una medida en el tema del buen trato a la persona mayor en situación de dependencia por su complejidad. En la intervención en el cambio de actitudes, este tema se aborda siempre junto a autocuidados, conciliación/corresponsabilidad y género. El buen trato y por tanto la prevención del maltrato es inherente a nuestro modelo de

cuidar. Asumir el cuidado de un familiar /allegado simplemente no nos convierte en que realicemos esta tarea de una forma responsable. En general los grandes bloques que trabajamos son los siguientes:

- **ACTITUDES DE CUIDADO RESPONSABLE:** Declaración de intenciones de buen cuidado y la necesidad de establecer límites responsables en todas sus variedades. La flexibilidad para facilitar la adaptación a los cambios como requisito fundamental para planificar y realizar ajustes durante todo el proceso de cuidados. La importancia de valorar siempre los puntos de vista de la persona en situación de dependencia si tienen capacidad. Se abordan todos los aspectos psicosocioemocionales así como los del entorno en general en todos los agentes del sistema de cuidados.

- **ACTITUDES DE AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO** (Autocuidados+Conciliación/corresponsabilidad) Engloba aspectos que que facilitan conductas de autocuidados de las personas cuidadoras, incluyendo todos los aspectos que facilitan la posibilidad real de poner el autocuidado en práctica. (conciliación/corresponsabilidad). Se abordan todos los aspectos psicosocioemocionales así como los del entorno en general en todos los agentes del sistema de cuidados para favorecer que se pueda vivir cuidando y no absorbidos por la labor de cuidar.

- **ACTITUDES DE GÉNERO:** Se abordan cómo diferentes aspectos de la socialización en género pueden afectar a todos los agentes del sistema del cuidado, favoreciendo o dificultando la organización de un cuidado equilibrado. Es un tema transversal con raíces más profundas que se sustentan en el sistema patriarcal/heteropatriarcal.



## **C) PRESENTE Y FUTURO DE LA PREVENCIÓN DESDE EL CAMBIO DE ACTITUDES DEDE EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO**

### **C.1 PREVENCIÓN TERCIARIA:**

El cambio de actitudes puede beneficiar a la población cuidadora. Destacar que el Programa específico de intervención del Cuida-Relax ha demostrado más eficacia en disminuir los síntomas ya que interviene de manera más integral. Cuando se instaura en el tiempo un modelo de cuidado en las dinámicas familiares el cambio de actitudes se convierte en eficaz pero no en suficiente. El cambio de actitudes en la población cuidadora tendría que plantearse en intervenciones complementarias que habría que desarrollar junto con las intervenciones ya realizadas para favorecer la mejora emocional que por ejemplo desarrolla el programa Cuida-Relax.

Hemos desarrollado este año dos Programa piloto de intervención dirigido a promocionar actitudes del cuidado de personas en situación de dependencia desde el paradigma del "modelo de cuidado equilibrado" en el colectivo de familiares cuidadores. Colectivo de 50 personas cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia (cuidadoras principales (25) cuidadoras de apoyo (25)). Requería la realización de dos intervenciones grupales de 25 personas ( 1) personas cuidadoras que habían pasado por el Programa "Cuidarelay", y 2) personas cuidadoras que no habían pasado por el cuidarelay) en un formato intensivo de 9 horas distribuido en dos días y desarrollado en un hotel/balneario en Alhama de Aragón.

### **C.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA.**

Se ha demostrado la idoneidad y por ello es necesario desarrollar la intervención antes del periodo en el que materialice ser persona cuidadora principal en situación de dependencia y de manera prioritaria con el colectivo de mujeres que son las personas más susceptibles de asumir el cuidado principal (feminización del cuidado). Comenzamos por el colectivo de mujeres al configurar el grupo de riesgo de mayor impacto. De esta forma se podría

proteger las consecuencias negativas que se podrían dar llegado el momento de tener que asumir dicho cuidado

Hemos desarrollado este año un programa piloto de intervención dirigido a promocionar actitudes del cuidado de personas en situación de dependencia desde el paradigma del "modelo de cuidado equilibrado" Colectivo de Mujeres no cuidadoras actualmente de personas mayores de personas en situación de dependencia con una peculiaridad ser mujeres de ámbito rural, en concreto de la provincia de Albacete (Castilla la Mancha). La realidad social de la feminización de los cuidados en dependencia sitúa a este colectivo por su vulnerabilidad como objeto prioritario de intervención desde la perspectiva de género, y en programas de prevención y promoción de la salud. La intervención grupal se realizó con 25 mujeres en un formato intensivo de 9 horas distribuido en dos días y desarrollado en un hotel/balneario en Cofrentes. Este estudio contará con grupo control de mujeres con intervención de mínimo contacto. Este estudio para ajustarse a investigación contó con un grupo control de mujeres no cuidadoras con intervención de mínimo contacto. Los resultados abalan la pertinencia de realizar este tipo de intervenciones a modo preventivo, lo que abre una nueva línea de intervención desde los colectivos y programas de igualdad / mujeres.

#### **D) PREVENCIÓN PRIMARIA.-**

Queda pendiente el desarrollo de Intervenciones desde el modelo de Cuidado equilibrado en el abordaje de cambio de actitudes en colectivos de intervención directa y equipos profesionales. Esta será nuestra prioridad inmediata, estableciendo nuevos retos de investigación acción

## 1.5. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN EN CAMBIO DE ACTITUDES

### A) ESTRUCTURA DE LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN

Se realiza durante el fin de semana desde el viernes por la tarde al domingo. La distribución de sesiones y contenidos queda reflejada en la siguiente tabla 22.

Tabla 22. Cronograma de las Jornadas:

	Viernes	Sábado	Domingo
Mañanas		Sesión 2: "Inteligencia emocional en el proceso de cambio" 1.5h	Sesión 4: "Actitudes y promoción de un cuidado equilibrado." 1.5h
		Descanso 15'	
		Sesión 3: "El buen trato sinónimo de límites, conciliación y corresponsabilidad" 1.5h	Sesión 5: "Avanzando hacia una sociedad mejor: coherencia y compromiso" 1.5h
		Comida	
Tardes	Llegada y recepción de participantes	Tiempo de descanso	Tiempo de descanso
	Sesión 1: "La necesidad de cambiar" 1.5h	Circuito termal	Despedida de participantes
	Tiempo libre y ocio	Tiempo libre y ocio ( <i>posibilidad de visitas guiadas por cuenta de los participantes</i> )	
		Cena	

## **B) ORGANIZACIÓN / CONTENIDO DE LAS SESIONES**

La intervención psicosocioeducativa se organiza en 5 sesiones de 90 minutos. La dinámica está pensada para grupo grande (25 personas) diseñada para ser una formación intensiva y participativa. Para ello se requiere de la intervención conjunta de dos profesionales. El desarrollo durante un fin de semana asegura que todos y cada uno de los participantes que inician la formación completan así como facilitan la cumplimentación de todos los cuestionarios y escales de investigación. Recordar la gran dificultad que presentan son estos aspectos en la población cuidadora.

Los contenidos de cada una de las sesiones se van enlazando y forman parte de un proceso que finaliza con un compromiso personal de cambio, que cada uno elije.

### **B.1 SESION 1: LA NECESIDAD DE CAMBIAR**

**Objetivo:** Visibilizar la necesidad de cambio de paradigma en los cuidados de larga duración.

En esta sesión se trabaja fundamentalmente para que las personas del grupo se sitúen en una percepción más global, ajustada y realista de lo que supone cuidar a una persona en situación de dependencia en general y en particular para sus familiares /allegados cuidadores. Desde esta visión más realista, se visualiza la necesidad de cambiar de paradigma en el cuidado de larga duración en dependencia. Por último, se presenta el modelo alternativo "modelo de cuidado equilibrado".

En general existe una discrepancia entre la percepción subjetiva y objetiva de los riesgos y aspectos positivos del cuidar. Ajustar esta percepción es el primer paso, en general minimizamos los costes que tiene el cuidar sobrevalorando las capacidades y habilidades de sostenerlo en el tiempo. Visibilizar las situaciones de riesgo y ofrecer un modelo de conducta en la organización del cuidado

alternativo desde el modelo teórico del “cuidado equilibrado”, un modelo teórico que favorece ajustes adaptativos, igualitario y justos socialmente es al final nuestro propósito.

## **ORGANIZACIÓN TEMÁTICA / ESTRUCTURA DE CONTENIDOS DE LA SESIÓN**

1.-Breve presentación del proyecto, programa, comentando aspectos prácticos desde organización / normas.

2.-“Antropológicamente cuidar de nuestros seres queridos forma parte de la raza humana”

3.-Grandes cambios socio-demográficos en nuestra sociedad vinculados a:

- Aumento de esperanza de vida
- Aumento de las personas que padecen enfermedades que requieren de cuidados y apoyos para desarrollar su vida.
- Aumento del tiempo de cuidados para estos colectivos.

A mayor volumen de personas en situación de dependencia que requieren de cuidados durante muchos años de su vida

Aumento del número de personas cuidadoras que son principalmente del entorno cercano, familiares, allegados y de manera mayoritaria asumido por mujeres.

4.- La realidad social de cuidados, es invisible y sus consecuencias están ocultas y minimizadas

5.- La necesidad de organizar el cuidado de larga duración desde un modelo diferente al modelo clásico centrado en la persona:

- Si el cuidado es corto, la forma de organizar el cuidado puede mantenerse porque las consecuencias son sostenibles.
- Actualmente en el cuidado de larga duración, si se mantiene la misma organización que en el cuidado corto y las consecuencias y el impacto son insostenibles.

6.- La Necesidad de aplicar otro modelo organizativo del cuidado para personas que cuidan en nuestra sociedad:

- Repercusiones Negativas
- Repercusiones Positivas
- Feminización de los cuidados

7.- Todos los estudios avalan que esta realidad: Los datos se repiten una y otra vez.

8.- La Necesidad de cambio de paradigma en el cuidado de larga duración en dependencia:

- Explicación de las diferencias entre el modelo clásico centralizado y el cuidado descentralizado en el sistema de cuidados de larga duración.
- Propuesta del modelo teórico de "CUIDADO EQUILIBRADO"

- El cuidado responsable de la persona en situación de dependencia:
- El cuidado de la persona cuidadora principal
- La Conciliación y Corresponsabilidad en el cuidado.
- La transversalidad de la Perspectiva de Género en el cuidado.

### 9.- Presentación de las principales Barreras para aplicar el modelo de Cuidado Equilibrado:

- Invisibilidad de los costes de cuidado
- Necesidad en el proceso de cuidados de organizar desde la flexibilidad, la adaptación constante y establecer límites en el cuidar.
- Romper con el Techo de Cristal: Avanzar en procesos de igualdad y abordar la perspectiva de género en el cuidado.
- Superar las dificultades de conciliación y corresponsabilidad en el cuidado.

10.- **Rompamos juntos/as las barreras:** es responsabilidad de todo el conjunto social y hay que implicar no solo al entorno cercano integral sino también a todos los agentes sociales, cuidar es responsabilidad de todo el sistema social para alcanzar el estado de bienestar de una sociedad en desarrollo.

### 11.- Poner en práctica el Cuidado Equilibrado.

## **b.2 SESIÓN 2: INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL PROCESO DE CAMBIO**

**Objetivo: Analizar las emociones que bloquean e interfieren en avanzar hacia un modelo de cuidado Equilibrado.**

Las emociones están en la base de toda toma de decisiones. Más aún cuando cada decisión tomada afecta a nuestro ámbito más íntimo y familiar. Ser conscientes de cómo nos afecta a nivel emocional el cuidado y que emociones nos bloquean o nos empoderan, nos hace más vulnerables o más resilientes. La gestión de las emociones implicadas en el cuidado es fundamental y básica.

### **ORGANIZACIÓN TEMÁTICA / ESTRUCTURA DE CONTENIDOS DE LA SESIÓN**

1.-Aprender a sentirnos mejor: breve exposición de funcionamiento emocional.

2.-Flexibilidad, adaptación y barreras en el proceso de cuidado: Emociones que boquean:

2.1 Negación, Miedo y culpa.

2.2 Chantaje emocional y crítica

2.3 La victimización

2.4 Barreras: Organización social patriarcal: a) Persona en situación de dependencia. b) Persona c) Cuidadora principal. d)Entorno próximo.

3.-Social-comunitarioLa labor de los medios de comunicación.



### **b.3 SESIÓN 3: EL BUEN TRATO SINÓNIMO DE LÍMITES, CONCILIACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD.**

Objetivo: Favorecer el buen trato a la persona mayor en situación de dependencia y del entorno sociofamiliar.

Cuidar en un proceso de larga duración, debe de ser flexible y adaptativo. Aceptar los cambios, pérdidas, límites y deterioro de nuestros familiares no es fácil, con lleva un afrontamiento a veces funcional y otras disfuncional. En la vida hay dos aspectos fundamentales, conocer lo que tenemos que hacer y conocer lo que es perjudicial. Diferenciarlo no es fácil, y a veces inclusive conociéndolo es difícil no caer en contradicciones que son humanas y nos desajustan mucho más. La promoción del buen trato en todo el sistema de cuidado debe ser una prioridad social.

#### **ORGANIZACIÓN TEMÁTICA / ESTRUCTURA DE CONTENIDOS DE LA SESIÓN**

1. Relaciones límite perjudiciales
  - a. Sobreprotección.
  - b. Dependencias afectivas.
  - c. Limitar a una sola persona en el cuidado la realización y seguimiento en materias como la salud y la higiene.
  - d. Situaciones que no se cuidan en casa: Negligencias.
  - e. Maltrato a las personas mayores en situación de dependencia.
  - f. Atribución de cuidados por roles de género.

2. Reflexión sobre mayores vulnerables.
3. Conciliación y corresponsabilidad.
4. El sistema de cuidado equilibrado: hacia la descentralización del cuidado.
5. Efectos de cuidar de manera equilibrada en la persona en situación de dependencia.
6. Efectos de cuidar de manera equilibrada en la persona cuidadora principal.

#### **b.4 SESION 4: ACTITUDES Y PROMOCIÓN DE UN CUIDADO EQUILIBRADO.**

Objetivo: Entender la importancia de actuar sobre las actitudes en la promoción de un cuidado equilibrado.

Es necesario la descripción y desarrollo de las actitudes como modelo de organización individual de los sentimientos en los que se incorporan las creencias y los valores.

Los seres humanos tenemos predisposición para realizar conductas y comportamientos que se ajustan directamente proporcional a nuestras actitudes. Es importante que las personas con las que intervenimos se den cuenta de lo importante que son las actitudes en nuestra organización y funcionamiento social, para no repetir una y otra vez los mismos esquemas. De ahí su importancia y análisis en la realidad del cuidado y de manera específica en el cuidado de dependencia de larga duración.

## ORGANIZACIÓN TEMÁTICA / ESTRUCTURA DE CONTENIDOS DE LA SESIÓN

### 1. Explicación del funcionamiento y proceso de las actitudes.

- Son aprendidas y duraderas.
- Se acumulan en la memoria.
- Se van adquiriendo a lo largo de nuestra vida y relaciones.
- Configuran nuestros sentimientos y conductas.
- Se transmiten y repercuten.

### 2. Cómo valorar la necesidad del proceso de cambio.

- Compensación y / o refuerzo.
- Motivación necesaria, requiere de esfuerzo.
- Establecer estrategias.
- Diseñar debilidades y fortalezas para nuevos pensamientos y capacidades.
- Realizar los cambios.

### 3. Elementos y factores que intervienen.

- Las variables: 1) La credibilidad. 2) El mensaje atractivo, racional y /o emotivo. 3) La pertenencia o la semejanza.
- Comunicador – Receptor.
- La consistencia de una actitud determina su modificación.
- La edad.
- Deseabilidad social.

## **b.5.SESIÓN 5: AVANZANDO HACIA UNA SOCIEDAD MEJOR: COHERENCIA Y COMPROMISO.**

Objetivo: Aumento de la conciencia de las actitudes más prevalentes en nuestra sociedad: compromiso de cambio.

Conocer es necesario, pero el objeto de toda la intervención es lograr el compromiso y cambio personal. La coherencia entre lo que decimos, lo que pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos fortalece la dinámica grupal. Desde conocer la realidad, y fomentar el debate, el pensamiento coherente, y crítico, favorecemos el compromiso de cambio para una construcción más sana de todo lo que implica el cuidar.

### **ORGANIZACIÓN TEMÁTICA / ESTRUCTURA DE CONTENIDOS DE LA SESIÓN**

- Baño de realidad: análisis del impacto que tiene sostener algunas creencias y actitudes en el cuidado.
- Compromiso de cambio social.
- Pasamos a la acción desde lo posible en nuestro ámbito y realidad.

## 2. VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DESDE EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO

El cambio de actitudes es una estrategia de intervención ampliamente reconocida como válida en el marco de los programas de prevención y promoción de la salud. Las actitudes son consideradas como antecedentes de las consecuencias negativas del estrés (véase modelo de Pearlin et al., 1990). El inicio de intervenciones que buscan el cambio de actitud requiere organizar una metodología de trabajo estructurada que garantice el conocimiento científico y el diseño de intervenciones en base sus resultados.

Tras una revisión exhaustiva de la literatura científica, a día de hoy no se conocen estudios que analicen las actitudes de cuidadores informales hacia el cuidado de personas mayores dependientes. Ante esta ausencia de instrumentos de medida, se considera de gran utilidad construir una escala de actitudes que mida la predisposición a organizar el cuidado desde el modelo de "cuidado equilibrado" de personas mayores en situación de dependencia. Para elaborar la escala, se ha creado un banco de ítems basándonos en el modelo de cuidado equilibrado de Ortiz y Martínez (2013): cuidado responsable, autocuidados y co-responsabilidad, desde una perspectiva de género. De esta manera, se decidió incluir en la escala incluye las siguientes dimensiones:

**1. Subescala Cuidado Responsable:** Esta dimensión hace referencia a aquellas actitudes orientadas a valorar las necesidades, aceptación de la enfermedad, toma de decisiones y abordaje de la situación de la persona dependiente desde una visión integral (familia, profesionales y propia persona mayor)

**2. Subescala de Autocuidados en personas cuidadoras Principales:** Esta dimensión hace referencia a aquellas actitudes dirigidas a reconocer la necesidad de que la persona cuidadora principal se cuide a sí misma, reconociendo la importancia de dedicar tiempo para su desarrollo personal, aceptación y manejo de las emociones, establecimiento de límites al cuidado,

pedir ayuda, realización de actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades, así como la búsqueda de apoyos sociales.

**3. Subescala conciliación vida personal, familiar y laboral.** Esta dimensión hace referencia a las actitudes orientadas a facilitar que las personas cuidadoras principales de personas en situación de dependencia no limiten su vida al cuidado y puedan desarrollar distintos aspectos de su vida personal, familiar, social y laboral. Para favorecer esta conciliación es necesario implicar a la sociedad en su conjunto, que se reconozca y valore el rol de la persona cuidadora, romper con los sentimientos de obligación versus responsabilidad (impuesta o auto-exigida) que dificultan la participación de otras personas en el cuidado e implicar en el cuidado distintos agentes sociales más allá de la persona cuidadora principal (ej: otros familiares, vecinos, profesionales), así como el fomento de apoyos/recursos desde el punto de vista económico y laboral.

**4. Subescala Género.** Esta dimensión incluye la valoración vinculante de una serie de actitudes orientadas a la promoción de la igualdad de los roles de género en el cuidado de personas en situación de dependencia y asignadas al sexo hombre y al sexo mujer.

Además, se ha realizado búsqueda de las escalas que evaluaban actitudes hacia el cuidado y actitudes de género. Dado que no existen escalas como tal dentro de este modelo, se han tomado como referencia escalas que evalúan variables que tienen relación con los aspectos incluidos en el modelo de cuidado equilibrado. Por ejemplo, para completar los aspectos relacionados con las subescalas de cuidado responsable y autocuidados, encontramos útil el modelo de autoeficacia del cuidado de Steffen y sus colaboradores (2002), el cual incluye manejo de pensamientos disfuncionales, autocuidados y manejo de conductas problemáticas (Versión Española de la Escala Revisada de Autoeficacia para el cuidado de Steffen et al., 2002; validación al castellano de Márquez-González, Losada, López, & Peñacoba, 2009). Además, otras escalas que evalúan aspectos relacionados son los siguientes: escala de sobrecarga del cuidador (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980), escala de pensamientos disfuncionales del cuidador (Losada et al., 2006), escala de satisfacción con el cuidado (Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman, 1989; López, 2005), cuestionario de culpa del cuidador (Losada et al., 2010), cuestionario de

Evitación experiencial en el Cuidado (Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire; EACQ; Losada, Márquez, Romero, & López, 2014).

En relación a la escala de co-responsabilidad, encontramos serias limitaciones ya que no hemos encontrado escalas en esta línea dentro del campo de la dependencia, la mayoría están centradas en conciliación laboral y presentándolo desde el reparto de tareas basado en el número de horas dedicadas a, por ejemplo, tareas del hogar, cuidado de los hijos, sin tener en cuenta el reparto equilibrado desde el modelo equilibrado. Algunos ejemplos de escalas de conciliación familiar son la escala de calidad familiar (Verdugo, Rodríguez, & Sainz, 2012) y las encuestas del CIS como, por ejemplo, la encuesta sobre la conciliación de vida laboral, familiar y personal de la Comunidad Autónoma de Euskadi (2018).

Por último, en relación a la escalas de género se han encontrado varias desarrolladas hasta el momento, entre las que cabe destacar The Attitudes Toward Women Scale (AWS; Spence & Helmreich, 1972), the Sex Role Egalitarianism Scale (SRES; Beere, King, Beere, & King, 1984), the Modern Sexism Scale (MS; Swim, Aikin, Hall, & Hunter, 1995), the Ambivalent Sexism Inventory (ASI; Glick & Fiske, 1996), and the Children's Occupational Activity Trait-Attitude Measure (COAT-AM; Bigler, Liben, Lobliner, & Yekel, 1995), ISSP Family and Gender Roles Module (2012), Gender Role Belief Scale (GRBL, Brown & Gladstone, 2012), Attitudes Toward Gender Scale (ATGS, Leaper & Vallin, 1996), Escala de Actitudes de Rol de Género (GRAS, versión española validada por García-Cueto et al., 2014), Gender Role Stereotypes Scale (GRSS, Mills, Culbertson, Hiffman, Connel, 2012) y el Cuestionario de Actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG, Solá, Benlloch, Meliá, 2003). Lamentablemente, estas escalas no tratan entre sus ítems aspectos relacionados con el cuidado de personas dependientes, incluyendo la mayoría de ellas, dos subescalas: ámbito público (trabajo fuera del hogar) y ámbito privado (tareas dentro del hogar), aspectos políticos, sexuales y conductas de sobreprotección hacia la mujer. Por ello, estas escalas resultan insuficientes para la materia que se quiere tratar y de ahí la necesidad de incluir ítems dentro de la escala a desarrollar que traten aspectos relacionados con los roles de género.

Por todo lo anterior, parece necesario desarrollar una escala de elaboración propia que evalúe los elementos que forman parte del modelo de cuidado equilibrado desde una perspectiva de género.

## 2.1. VALIDEZ DE CONTENIDO. EVALUAR LA OPINIÓN DEL GRUPO DE EXPERTOS

Se seleccionó un grupo de expertos (cinco expertos) en gerontología pidiéndoles que en un cuestionario paralelo evaluaran la claridad de la prueba, la relevancia de los ítems y la congruencia ítems-objetivos, pudiendo añadir algún comentario, opinión, etc (para ver la carta enviada a los expertos, véase anexo 1).

La primera versión del cuestionario estaba compuesta por 74 ítems directos e inversos y fue evaluada por cinco expertos del ámbito de la gerontología, la violencia y la atención a personas mayores a los que se pedía que evaluaran diferentes aspectos:

- Evaluación de los ítems del cuestionario: Indicaban el nivel de relevancia y representatividad, así como el nivel de concesión y claridad de cada uno de los ítems a partir de una escala de 0 a 10. También se les pedía que indicaran si el ítem correspondía adecuadamente al factor propuesto. Además, podían incluir comentarios y sugerencias para cada ítem.
- Criterio de exclusión/inclusión de los participantes.

Con respecto al cuestionario se pedía su opinión sobre determinadas cuestiones: instrucciones del cuestionario y formato de respuesta, si consideraban que era un instrumento de uso fácil en cuanto a la comprensión, cumplimentación, tiempo de administración y sistema de obtención de los resultados, adecuación de su longitud, nivel de relevancia, ajuste a los objetivos de partida, si cubría adecuadamente las dimensiones que pretendía evaluar, opinión general sobre la prueba, aspectos clave omitidos y sugerencias y comentarios.

Una vez analizados los resultados que se obtuvieron de los expertos, el equipo de investigación trabajó en la mejora de esta herramienta. Se modificaron 3 ítems en los que no había un acuerdo suficiente en cuanto a la claridad, se



eliminaron quince ítems que tenían bajas puntuaciones en relevancia y claridad y otros 5 se cambiaron de categoría por encajar mejor teniendo en cuenta la definición de cada subescala. El resto de indicadores analizados a través del índice de Rovinelli y comparación por pares mostraron puntuaciones por encima de 0,70, lo que se corresponde con unos niveles adecuados de claridad, relevancia y correspondencia categoría-ítem.

Como resultado, la segunda versión del cuestionario estaba formada por 59 ítems. Nuevamente, se consultó a cinco expertos más (tres psicólogos, un médico geriatra, una trabajadora social, todos ellos expertos en el ámbito de la gerontología y además dos de estos eran a su vez especialistas en temas de género y dependencia). Estos expertos respondieron a las mismas preguntas que los anteriores, de manera que se pretendía analizar si las modificaciones llevadas a cabo habían mejorado la escala. Estas valoraciones fueron, de nuevo, debatidas por el equipo de investigación. Los resultados reflejan puntuaciones medias por encima de ,70 en todas las subescalas y en la puntuación total al analizar el índice de Rovinelli y comparación por pares, por lo que las puntuaciones son adecuadas. Al analizar ítem por ítem, solo encontramos problemas de claridad en el ítem 40 y problemas de relevancia y claridad en el número 18.

Con todo el material recopilado, se elaboró el primer prototipo de cuestionario, el cual tenía 59 ítems: 7 ítems en la subescala de cuidado responsable, 14 ítems en autocuidados, 11 de género y 27 en conciliación y co-responsabilidad. Para ver el cuestionario definitivo completo, véase anexo 2.

## **2.2. REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO PILOTO**

A partir de la creación de la versión definitiva de la escala, se inició un estudio piloto para analizar los primeros resultados del cuestionario. El cuestionario a unas 20 personas para ver si existía algún ítem que no entendieran o si hay que hacer algún cambio a partir de sus sugerencias.

Una vez elaborado el cuestionario de actitudes hacia el modelo de cuidado equilibrado, se realizó un estudio piloto. El estudio piloto incluía una muestra

formada por 22 personas estudiantes de grado de psicología de una media de edad de 21,08 (DT= 3,2) donde el 82% eran mujeres. La media en cada una de las escalas fue la siguiente: cuidado responsable (M=25; DT=4,72; rango subescala= 5-35); autocuidados (M=60; DT=2,35; rango subescala= 5-70), conciliación (M=98; DT= 3,8; rango=5-135) y género (M=46; DT=2,33; rango= 5-55) Al administrar este cuestionario no se observaron dificultades en cuanto a la comprensión de los ítems, por lo que se decidió no realizar cambios en el cuestionario.

Con estos resultados, en una segunda etapa (durante el año 2019), se podrán abordar los hitos restantes:

- Administración a una muestra formada por 300 sujetos para realizar el resto de análisis de validez (de constructo, predictiva, discriminante, etc) y fiabilidad.

## **2.3. VALIDEZ DE CONSTRUCTO, DISCRIMINANTE Y CONVERGENTE**

### **a) Muestra**

La muestra estuvo formada por 365 sujetos pertenecientes a población general. El 69,5% eran mujeres y el 30,5% varones, con edades comprendidas entre 18 y 90 años, siendo la media de edad de 51,98 años (DT= 16,25).

De acuerdo al estado civil, la mayoría estaban casados o convivían con su pareja (65,9%), seguido de solteros (19,1%), divorciados/separados (9,7%) y, por último, viudos (5,3%).

Respecto a la situación laboral, la mayoría trabaja a tiempo completo o parcial (55,5%), el 18,3% está jubilado, el 15,9% son amas de casa, un 7,1% están desempleados y un 3,5% son estudiantes. Además, la mayoría pertenece a un

nivel socioeconómico medio (57,6%) o medio-bajo (36,8%), mientras que un porcentaje inferior pertenece a un nivel socioeconómico medio-alto (5,6%).

Por último, respecto al lugar de captación, el 61,6% procede de la Comunidad de Madrid, el 23,5% de Aragón y 15% de Castilla la Mancha.

Al analizar las variables asociadas al cuidado, se observó lo siguiente:

La mitad de la muestra eran cuidadores de familiares mayores en situación de dependencia (51,8%), el 38,2% no son cuidadores de ninguna persona mayor y el 10,1% no eran cuidadores en el momento de la evaluación pero lo habían sido en el pasado. Dentro de la muestra de cuidadores, el 64,9% eran cuidadores de apoyo y el 35,1% eran cuidadores principales. El tiempo medio de cuidados es de 6,5 años (DT= 4,69) y la media de personas a cargo es de 1,07 (DT=0,42), siendo el máximo de personas mayores a cargo 3 familiares.

Respecto a la persona en situación en dependencia que recibía los cuidados, el 67,3% eran mujeres y el 25,5% eran varones con una media de edad de 81,45 años (DT=12,27). Además, algunos cuidadores al tener a más de una persona a cargo estaban cuidando tanto a un varón como a una mujer (7,3%). De las enfermedades que padecían las personas cuidadas, la más frecuente era demencia (84%), seguido de cáncer (7,9%), problemas de movilidad (7,6%), ictus (4,9%), enfermedad neurológica (4,1%), Parkinson (3,4%), enfermedad cardiovascular (3,4%), artrosis (2,7%), discapacidad intelectual (2,1%), problemas asociados a la edad (2,1%), diabetes (0,7%) y enfermedad respiratoria (0,7%). Para cuidar a estos familiares, el 26,3% no estaba recibiendo ningún tipo de ayuda ni por parte de otros familiares ni usaban recursos de apoyo formal, el 17% acudía a centro de día, el 17% tenía a personal profesional contratado en el hogar, el 14,6% contaba con apoyo a domicilio, el 9,4% recibía ayuda de personas del entorno (familiares o amigos), el 7,6% usaba el servicio de Teleasistencia, el 5,3% tenía a la persona mayor en residencia y, por último, un 2,9% refirió utilizar otro tipo de ayudas sin especificar cuáles.

## **b) Variables e instrumentos**

*Autocuidados.* Se empleó la subescala de autocuidados de la escala revisada de Autoeficacia en el cuidado (Steffen et al., 2002, validada al castellano por Márquez-González, Losada, López, & Peñacoba, 2009). Esta subescala está formada por 5 ítems en los que los sujetos deben puntuar de 0 a 100 distintos aspectos relacionados con el cuidado de uno mismo, en el que 0 significa "no soy capaz" y 100 "estoy seguro que soy capaz de hacerlo". Esta subescala, al igual que la total, tiene unos índices de consistencia interna equivalente a 0,79.

*Actitudes de género.* Se incluyeron los ítems correspondientes a las subescalas ámbito público (16 20 22) y ámbito privado (4, 6, 7 28) del Cuestionario de Actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG, Solá, Benlloch, & Meliá, 2003). En esta escala el sujeto debe indicar su grado de acuerdo con una serie de actitudes relacionadas con roles de igualdad de género las cuales debe puntuar con opciones de respuesta tipo Likert que van desde 1 (desacuerdo total) a 7 (acuerdo total). Esta escala tiene además unas adecuadas propiedades psicométricas con niveles de consistencia interna por encima de ,80.

## **c) Procedimiento**

La muestra fue obtenida a través de un muestreo de bola de nieve a partir del contacto con distintas asociaciones y organizaciones vinculadas al área de personas mayores y del ámbito de la mujer (Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España, Fundación Pandora), profesionales que trabajan en residencias de personas mayores, profesionales sociosanitarios, cuidadores de personas mayores, estudiantes, entre otros. Se crearon dos versiones del cuestionario: versión impresa y versión online a través de la aplicación Google Forms. Antes de administrar el cuestionario se indicaban los objetivos del estudio, se señalaba la confidencialidad y anonimato de los datos y se facilitaba el consentimiento informado. La administración del cuestionario abarcaba una duración de 20-30 minutos aproximadamente.

## **d) Análisis de datos**

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de los datos sociodemográficos y variables asociados al cuidado de la muestra. Asimismo, se analizó si había diferencias en las puntuaciones medias de las actitudes hacia el modelo de cuidado equilibrado en función del sexo, el rol del cuidador, grupo mujer rural, grupo mujer ciudad, si trabaja en el ámbito sociosanitario y grupo LGBTI. Para determinar la validez de constructo de la escala se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio por medio del método de máxima verosimilitud y rotación Promax. Para establecer la fiabilidad, se llevó a cabo el análisis de consistencia interna por medio del coeficiente Alfa de Cronbach. En todos los casos se fijó un nivel de significancia  $p < 0.05$ . Los análisis estadísticos se realizaron por medio del paquete estadístico SPSS 22.0.

## **e) Resultados**

### **e.1. Validez de constructo**

En primer lugar, se calculó la adecuación de muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = ,78), logrando una buena adecuación de datos (Kaiser, 1974). La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ( $\chi^2 = 977,63$ ;  $gl = 105$ ,  $p < .001$ ), mostrando la viabilidad de realizar un análisis factorial (Norman & Streiner, 1994).

Cuando se realizó Análisis Factorial Exploratorio, se eliminaron los ítems con cargas de factor inferiores a ,40, ya que los ítems por debajo de este puntaje se consideran no representativos (Worthington & Whittaker, 2006). Como resultado, la versión acortada de la escala original constaba de 15 ítems. Como se puede ver en la tabla 23, esta versión fue nuevamente sometida a un Análisis Factorial Exploratorio, obteniendo una estructura de dos factores (Afrontamiento adaptativo del cuidado y Cuidado desde la perspectiva de Género) con una varianza explicada del 26.52%.

Tabla 23. Cargas factoriales obtenidas en el Análisis Factorial Exploratorio

	Afrontamiento adaptativo	Género
<i>22. El confiar el cuidado de un familiar dependiente a una persona ajena contratada, sería equivalente a rebajar la seguridad y la calidad del cuidado que le presta su familiar allegado.</i>	,564	
<i>51. Las familias que envían a sus mayores a una residencia en realidad lo que quieren es deshacerse de su familiar dependiente.</i>	,544	
<i>48. Cuando las personas contratan servicios u otras personas para cuidar a su familiar es una forma de abandono.</i>	,491	
<i>17. Dedicar tiempo para la vida en pareja es algo secundario cuando se cuida de un familiar mayor dependiente.</i>	,482	
<i>38. Negarse a cuidar a un familiar en casa es sinónimo de ser mala persona.</i>	,456	
<i>55. Cumplir con todas las demandas de la persona dependiente significa ser mejor cuidador.</i>	,456	
<i>13. El cuidado de la propia salud física y mental es secundario cuando se tiene a una persona dependiente a cargo.</i>	,425	,318
<i>44. Cuando se acepta la responsabilidad del cuidado de un familiar en situación de dependencia, tiene que mantenerse inflexible hasta el final de sus días.</i>	,424	
<i>20. Un cuidado responsable implica la mayoría de las veces renunciar a todos o casi todos los intereses y aficiones del cuidador, porque restan tiempo y calidad de cuidado.</i>	,408	
<i>11. Si una persona mayor se pone enferma cuando tanto el hijo como la hija trabajan, generalmente es más apropiado que sea la hija la que pida salir del trabajo.</i>		,679

<i>8. Las tareas de higiene personal es mejor que las realicen las mujeres.</i>		,643
<i>29. Las mujeres tienen mayor capacidad para ser cuidadoras de personas dependientes que los hombres.</i>		,568
<i>26. Es normal que las hijas solteras o separadas sin cargas familiares tengan la obligación prioritaria de asumir el cuidado como cuidadoras principales frente al resto de los familiares.</i>	,376	,466
<i>33. Es un signo de debilidad personal si un hombre expresa sus emociones.</i>	,391	,464
<i>14. Es normal que los hijos varones que vivan en pareja asuman la decisión del cuidado de sus padres dependientes, aunque las tareas del cuidado directo las realice su pareja mujer</i>		,456

## e.2. Análisis descriptivo y fiabilidad

En la tabla 24 se pueden observar los análisis descriptivos (media y desviación típica), las correlaciones entre las subescalas y la consistencia interna.

Los alfa de Cronbach fueron aceptables para escalas en validación (Nunally, 1981), con índices por encima de ,70 tanto en ambas subescalas (factor 1: afrontamiento adaptativo; factor 2: género) como en la escala total. Además, los dos factores que componen el modelo final mostraron correlaciones significativas.

Tabla 24. Correlaciones de Pearson, medias, desviaciones típicas y consistencia interna

<i>Factores</i>	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Total</i>
<i>Factor 1</i>	-	,385***	,886***
<i>Factor 2</i>		-	,769***
<i>Media</i>	38,36	26,85	65,22
<i>Desviación típica</i>	5,51	3,99	7,95
<i>Alpha Cronbach</i>	,71	,77	,77

\*\*\* $p < 0,001$

Además, se ha analizado si había diferencias significativas en las actitudes hacia el modelo de cuidado equilibrado en función del: sexo, rol del cuidador, grupo mujer rural, grupo mujer ciudad, si trabaja en el ámbito sociosanitario y grupo LGBTI. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre los distintos grupos ( $p > ,05$ ), salvo en el grupo de mujeres de ciudad, las cuáles puntuaron más alto en comparación con el resto de grupos de sujetos en las actitudes hacia el modelo de cuidados equilibrado ( $p < ,05$ ).

### e.3. Validez convergente

En la tabla 25 se muestra la correlación de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitudes basadas y los pensamientos disfuncionales, autoeficacia en el cuidado (autocuidados), actitudes de diferencias de género y culpa asociada a la sobrecarga del cuidado. De acuerdo a lo esperado, todas las correlaciones son estadísticamente significativas, salvo con la variable culpa. Tampoco se observó una relación estadísticamente significativa entre autocuidados y actitudes de modelo equilibrado de género.



Tabla 25. *Correlaciones de Pearson entre la escala de Actitudes de Cuidado Equilibrado, Pensamientos Disfuncionales, Autocuidados, Actitudes de diferencias de Género y Culpa.*

	<i>Actitudes Cuidado Equilibrado de Afrontamiento Adaptativo</i>	<i>Actitudes Cuidado Equilibrado de Género</i>	<i>Actitudes Cuidado Equilibrado Totales</i>
Pensamientos Disfuncionales de Entrega-Aislamiento	-,431***	-,265***	-,432***
Pensamientos Disfuncionales de Autoexigencia emocional	-,380***	-,243***	-,303***
Pensamientos Disfuncionales totales	-,480***	-,303***	-,484***
Autocuidados	139*	,038	115*
Actitudes de Género ámbito público	-,244***	-,381***	-,359***
Actitudes de Género ámbito privado	-,185***	-,252***	-,255***

\*\*\*  $p < ,001$ ; \*  $p < ,05$

#### e.4. Validez discriminante

Al analizar las relaciones entre las variables ansiedad y depresión con las actitudes hacia el cuidado equilibrado, de acuerdo a lo esperado no se observaron correlaciones significativas entre ansiedad y ninguno de los factores de actitudes de cuidado equilibrado ( $p > ,05$ ). La culpa tampoco correlacionó con las actitudes hacia el modelo de cuidado equilibrado. Sin embargo, sí se encontraron correlaciones significativas con la variable depresión ( $p < ,05$ ), observándose que a mayores niveles de depresión, menores actitudes hacia el cuidado equilibrado.

A continuación se presenta la versión breve de la escala validada. (Ver anexo 3 para corrección e interpretación de resultados).

1. Las tareas de higiene personal es mejor que las realicen las mujeres.	1	2	3	4	5
2. Si una persona mayor se pone enferma cuando tanto el hijo como la hija trabajan, generalmente es más apropiado que sea la hija la que pida salir del trabajo.	1	2	3	4	5
3. El cuidado de la propia salud física y mental es secundario cuando se tiene a una persona dependiente a cargo.	1	2	3	4	5
4. Dedicar tiempo para la vida en pareja es algo secundario cuando se cuida de un familiar mayor dependiente.	1	2	3	4	5
5. Es normal que los hijos varones que vivan en pareja asuman la decisión del cuidado de sus padres dependientes, aunque las tareas del cuidado directo las realice su pareja mujer	1	2	3	4	5
6. Un cuidado responsable implica la mayoría de las veces renunciar a todos o casi todos los intereses y aficiones del cuidador, porque restan tiempo y calidad de cuidado.	1	2	3	4	5
7. El confiar el cuidado de un familiar dependiente a una persona ajena contratada, sería equivalente a rebajar la seguridad y la calidad del cuidado que le presta su familiar allegado.	1	2	3	4	5
8. Es normal que las hijas solteras o separadas sin cargas familiares tengan la obligación prioritaria de asumir el cuidado como cuidadoras principales frente al resto de los familiares.	1	2	3	4	5
9. Las mujeres tienen mayor capacidad para ser cuidadoras de personas dependientes que los hombres.	1	2	3	4	5
10. Es un signo de debilidad personal si un hombre expresa sus emociones.	1	2	3	4	5
11. Negarse a cuidar a un familiar en casa es sinónimo de ser mala persona.	1	2	3	4	5
12. Cuando se acepta la responsabilidad del cuidado de un familiar en situación de dependencia, tiene que mantenerse inflexible hasta el final de sus días.	1	2	3	4	5
13. Cuando las personas contratan servicios u otras personas para cuidar a su familiar es una forma de abandono.	1	2	3	4	5
14. Las familias que envían a sus mayores a una residencia en realidad lo que quieren es deshacerse de su familiar dependiente.	1	2	3	4	5
15. Cumplir con todas las demandas de la persona dependiente significa ser mejor cuidador.	1	2	3	4	5

### **3. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EN CAMBIO DE ACTITUDES DIRIGIDO A FAMILIARES DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

#### **3.1. MUESTRA**

Los criterios de inclusión para participar en este estudio fueron personas cuidadoras de una persona mayor en situación de dependencia y que residieran en Aragón.

##### **a. Grupo experimental**

El grupo experimental estuvo formado por 48 personas cuidadores de familiares mayores en situación de dependencia procedentes de Aragón y que recibieron una intervención en actitudes hacia el modelo de cuidado equilibrado. El 64,6% eran mujeres y el 35,4% varones, con edades comprendidas entre 18 y 90 años, siendo la media de edad de 56,35 años (DT= 8,43).

De acuerdo al estado civil, la mayoría estaban casados o convivían con su pareja (68,8%), seguido de solteros (14,6%), divorciados/separados (10,4%) y, por último, viudos (6,3%).

Respecto a la situación laboral, la mayoría trabaja a tiempo completo o parcial (54,2%), el 18,8% está jubilado, el 12,5% son amas de casa, un 10,4% están desempleados y un 4,2% son estudiantes. Además, la mayoría pertenece a un nivel socioeconómico medio (66,7%) y el resto se ubicaban en un nivel medio-bajo (33,3%).

Al analizar las variables asociadas al cuidado, se observó lo siguiente:

El 45,7% eran cuidadores principales y el 54,3% eran cuidadores de apoyo. El tiempo medio de cuidados es de 6,8 años (DT= 4,28) y la media de personas a cargo es de 1,07 (DT=0,42), siendo el máximo de personas mayores a cargo 3 familiares.

Respecto a la persona en situación en dependencia que recibía los cuidados, el 80% eran mujeres y el 13,3% eran varones con una media de edad de 84,87 años (DT=10,37). Además, algunos cuidadores al tener a más de una persona a cargo estaban cuidando tanto a un varón como a una mujer (10,4,7%). Para cuidar a estos familiares, el 23,9% no estaba recibiendo ningún tipo de ayuda ni por parte de otros familiares ni usaban recursos de apoyo formal, el 23,9% tenía a personal profesional contratado en el hogar, el 17,4% acudía a centro de día, el 17,4% contaba con apoyo a domicilio, el 6,5% tenía a la persona mayor en residencia, el 4,3% usaba el servicio de teleasistencia, un 4,3% refirió utilizar otro tipo de ayudas sin especificar cuáles y, por último, el 2,2% recibía ayuda de personas del entorno (familiares o amigos).

## **b. Grupo control**

El grupo control estuvo formado por 25 personas cuidadores de familiares mayores en situación de dependencia procedentes de Aragón y que no recibieron una intervención en actitudes hacia el modelo de cuidado equilibrado. El 64% eran mujeres y el 36% varones, con edades comprendidas entre 18 y 90 años, siendo la media de edad de 55,64 años (DT= 10,01).

De acuerdo al estado civil, la mayoría estaban casados o convivían con su pareja (68%), seguido de solteros (20%) y, por último, viudos (12%). Respecto a la situación laboral, la mayoría trabaja a tiempo completo o parcial (72%), el 16% está jubilado, el 8% son amas de casa y un 4% están desempleados. Además, la mayoría pertenece a un nivel socioeconómico medio (60%) y el resto se ubicaban en un nivel medio-bajo (40%).

Al analizar las variables asociadas al cuidado, se observó lo siguiente:

El 47,8% eran cuidadores principales y el 52,2% eran cuidadores de apoyo. El tiempo medio de cuidados es de 6,78 años (DT= 4,54) y la media de personas a cargo es de 1,13 (DT=,46), siendo el máximo de personas mayores a cargo 3 familiares.

Respecto a la persona en situación en dependencia que recibía los cuidados, el 65,2% eran mujeres y el 26.1% eran varones con una media de edad de 82,21 años (DT=13,71). Además, algunos cuidadores al tener a más de una persona a cargo estaban cuidando tanto a un varón como a una mujer (8%). Para cuidar a estos familiares, el 34,8% acudía a centro de día, el 17,8% tenía a personal profesional contratado en el hogar, el 13% no estaba recibiendo ningún tipo de ayuda ni por parte de otros familiares ni usaban recursos de apoyo formal, el 13% contaba con apoyo a domicilio, el 8,7% usaba el servicio de teleasistencia, el 8,7% recibía ayuda de personas del entorno (familiares o amigos) y, por último, el 4,3% tenía a la persona mayor en residencia.

### 3.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS

**Variables sociodemográficas:** sexo, edad, estado civil, situación laboral actual, nivel socioeconómico y lugar de residencia.

**Variables asociadas al cuidado:** cuidado de un familiar mayor dependiente o no. En caso afirmativo, rol de cuidador desempeña (cuidador principal o de apoyo), tiempo que lleva cuidado, horas que dedica al cuidado, cuántas personas mayores en situación de dependencia tiene a su cargo, sexo, edad y enfermedad de dichas personas y tipo de apoyos que recibe (o no) para desempeñar su rol de cuidador.

**Actitudes hacia el cuidado equilibrado.** Escala a validar en este estudio la cual, como ya se ha descrito con anterioridad, evalúa las actitudes que tienen

los participantes hacia cuidar a personas en situación de dependencia desde un modelo de cuidado equilibrado de Martínez y Ortiz (2013). La escala está formada por 59 ítems con 5 opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Incluye 4 subescalas: cuidado responsable, autocuidados, conciliación y género.

**Creencias disfuncionales hacia el cuidado.** Se empleó el Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales sobre el cuidado (CPD, Losada, Montorio, Izal, & Márquez, 2005). La escala está formada por 16 ítems con 5 opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Incluye dos subescalas: entrega-aislamiento (9 ítems) y autoexigencia emocional-responsabilidad (7 ítems), siendo la consistencia interna evaluada con el alpha de Cronbach de 0,86 para el primer factor y de ,78 para el segundo factor.

**Autocuidados.** Se empleó la subescala de autocuidados de la escala revisada de Autoeficacia en el cuidado (Steffen et al., 2002, validada al castellano por Márquez-González, Losada, López, & Peñacoba, 2009). Esta subescala está formada por 5 ítems en los que los sujetos deben puntuar de 0 a 100 distintos aspectos relacionados con el cuidado de uno mismo, en el que 0 significa "no soy capaz" y 100 "estoy seguro que soy capaz de hacerlo". Esta subescala, al igual que la total, tiene unos índices de consistencia interna equivalente a 0,79.

**Actitudes de género.** Se incluyeron los ítems correspondientes a las subescalas ámbito público (16 20 22) y ámbito privado (4, 6, 7 28) del Cuestionario de Actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG, Solá, Benlloch, & Meliá, 2003). En esta escala el sujeto debe indicar su grado de acuerdo con una serie de actitudes relacionadas con roles de igualdad de género las cuales debe puntuar con opciones de respuesta tipo Likert que van desde 1 (desacuerdo total) a 7 (acuerdo total). Esta escala tiene además unas adecuadas propiedades psicométricas con niveles de consistencia interna por encima de ,80.

**Ansiedad y Depresión.** Ambas variables evaluadas con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), validado al castellano por Rico, Restrepo-Forero, & Molina, 2005). Esta escala incluye 14 ítems (7 que evalúan depresión y 7 que evalúan ansiedad) con cuatro opciones de respuesta tipo Likert que van de 0 a 3. La consistencia interna es adecuada, con un alpha de Cronbach de 0,85.

**Culpa.** Se aplicaron los ítems que evalúan culpa (ítems 19 y 20) dentro de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview, CBI; Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980, versión española Martín et al., 1996). Se trata de dos ítems, los cuales incluyen 5 opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 (nunca) a 5 (casi siempre).

### 3.3. PROCEDIMIENTO

#### a. Captación de los participantes del estudio

El proceso de captación de candidatos para el programa se realizó por medio de tres vías: (a) Trabajadoras sociales de la Unión democrática de pensionistas (UDP) en los Servicios de ayuda a domicilio (SAD) y teleasistencia; (b) Coordinación de las trabajadoras sociales de UDP con las de los ayuntamientos y comunidades. (c) Recomendación a familiares o personas conocidas de cuidadores de personas mayores que participaron en otros programas realizados anteriormente.

#### b. Evaluación pre-tratamiento

Después de realizar la fase de captación de los participantes se supervisó si cada uno de los cuidadores cumplía con los requisitos que el programa requiere por medio de una llamada telefónica.

A continuación, se realizó una entrevista inicial presencial y se les administró la batería de escalas pre-tratamiento a ambos cuidadores de manera auto-aplicada.

### **c. Intervención**

El programa psicoeducativo se llevó a cabo durante un fin de semana (viernes tarde, sábado completo y domingo mañana) en el balneario Alhama de Aragón situado en la Comunidad de Aragón. Los 48 sujetos del grupo experimental se distribuyeron en dos grupos (24 y 24 sujetos), los cuales recibieron la intervención en dos fines de semana distintos (uno en el mes de julio y el otro en el mes de septiembre de 2019).

El programa de psicoeducación se basó en el modelo de cuidado equilibrado (Ortiz & Martínez, 2013). Para ello, los contenidos se estructuraron en cinco sesiones de una hora y media cada una aproximadamente, dejando un descanso de 15 minutos para evitar el cansancio de los participantes del programa. Las sesiones se repartieron a lo largo de los tres días (una el primer día, dos el segundo y dos el último día). Estas cinco sesiones se intercalaban con balneoterapia (circuitos termales y momentos de ocio para convivir con otros cuidadores con el objetivo de crear redes de apoyo a los cuidadores y enseñar a los cuidadores a que sí que pueden tener momentos de ocio y tiempo libre, aunque tengan la responsabilidad del cuidado).

### **d. Evaluación post-tratamiento**

Al finalizar los programas de intervención se procedió a valorar a los cuidadores que participaron con los cuestionarios aplicados en la valoración pre-tratamiento con el objetivo de observar si hubo cambios, positivos o negativos, gracias al programa realizado.

### **e. Seguimiento**

Dos meses después de realizar la intervención, se administraron los mismos cuestionarios para analizar si los resultados se mantienen a lo largo del tiempo.



### 3.4. ANÁLISIS DE DATOS

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y relacionadas con el cuidado. Se realizaron pruebas no paramétricas U Mann Whitney para muestras independientes para analizar las diferencias en las variables objetivo (actitudes hacia el cuidado, género, ansiedad, depresión, culpa, autocuidados y pensamientos disfuncionales) entre el grupo experimental y el grupo de control. Asimismo, los cambios intragrupal en las variables de resultado entre pre y postratamiento se evaluaron utilizando pruebas no paramétricas Wilcoxon. Por último, para analizar si en el seguimiento los resultados se mantenían a lo largo del tiempo, se realizaron pruebas F de Friedman. Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS.22.

### 3.5. RESULTADOS

#### a. Diferencias intragrupo

##### *a.1. Grupo experimental*

De acuerdo a lo esperado, se ha observado un aumento significativo tras la intervención en actitudes de género hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $Z = -5,75$ ;  $p < ,001$ ), actitudes de afrontamiento apropiado hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $Z = -5,82$ ;  $p < ,001$ ) y actitudes totales hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $Z = -5,88$ ;  $p < ,001$ ).

Asimismo, tal y como se esperaba, han disminuido significativamente los pensamientos disfuncionales relacionados con la autoexigencia ( $Z = -2,87$ ;  $p < ,01$ ), los pensamientos disfuncionales relacionados con la entrega ( $Z = -1,19$ ;  $p < ,05$ ), las diferencias de género asociadas al ámbito público ( $Z = -5,02$ ;  $p < ,001$ ) y las diferencias de género asociadas al ámbito privado ( $Z = -2,46$ ;  $p < ,001$ ).

,01) y la culpa ( $Z = -2,92$ ;  $p < ,01$ ). Asimismo, los niveles de ansiedad ( $Z = -2,97$ ;  $p < ,01$ ) y depresión ( $Z = -3,17$ ;  $p < ,01$ ) han aumentado significativamente tras la intervención.

Por último, destacar que no se han observado diferencias pre-post en la variable autocuidados en el grupo experimental ( $p > ,05$ ).

### ***a.2. Grupo control***

Se han observado mejoras significativas en actitudes de género hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $Z = -3,99$ ;  $p < ,001$ ), actitudes de afrontamiento apropiado hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $Z = -4,37$ ;  $p < ,001$ ) y actitudes totales hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $Z = -4,37$ ;  $p < ,001$ ). Además, se ha observado una disminución significativa en la variable depresión ( $Z = -2,39$ ;  $p < ,01$ ).

En contraste, no se han encontrado diferencias significativas intragrupo en pensamientos disfuncionales, autocuidados, diferencias de género, ansiedad ni culpa ( $p > ,05$ ).

### **b. Diferencias intergrupo**

Al analizar las diferencias intergrupo (véase tabla 26), de acuerdo a lo esperado, se observaron mejores puntuaciones en actitudes hacia el modelo equilibrado de afrontamiento adaptativo y las actitudes totales de modelo equilibrado en el grupo experimental. Además, se observaron puntuaciones significativamente inferiores en diferencias de género en actividades del ámbito público y una tendencia a ser significativamente inferiores en diferencias de género en actividades del ámbito privado en el grupo experimental. La culpa también mostró una tendencia a disminuir significativamente tras la

intervención en el grupo experimental en mayor medida que en comparación al control.

Por último, no se han observado diferencias significativas entre el grupo control y experimental en las actitudes de género basadas en el modelo de cuidado equilibrado, pensamientos disfuncionales, ansiedad ni en autocuidados

Tabla 26. *Diferencias intergrupo (control vs experimental) en las variables resultado*

Variable	Momento evaluación	Grupo Experimental	Grupo Control	U
		Rango promedio	Rango promedio	
CUIDAEQ	<i>Pre-intervención</i>	41,32	28,70	392,50*
Afrontamiento	<i>Post-</i>	43,88	33,42	428,00*
CUIDAEQ	<i>intervención</i>	39,63	31,96	474,00
Total	<i>Pre-intervención</i>	42,76	34,00	205.50***
CAIG	<i>Post-</i>	37,22	35,15	553,50
Público	<i>intervención</i>	29,43	49,80	255,00***
CAIG	<i>Pre-intervención</i>	37,33	34,94	548,50
Privado	<i>Post-</i>	34,19	42,40	465,00 <sup>t</sup>
Culpa	<i>intervención</i>	36,17	34,21	521,00
	<i>Pre-intervención</i>	33,39	42,34	441,500 <sup>t</sup>
	<i>Post-</i>			
	<i>intervención</i>			
	<i>Pre-intervención</i>			
	<i>Post-</i>			
	<i>intervención</i>			

(Nota: CUIDAEQ= actitudes desde el modelo de cuidado equilibrado; CPD= pensamientos disfuncionales; CAIG= actitudes que apoyan la existencia de diferencias de género;\*\*\* p < ,001; \* p < ,05; <sup>t</sup> p < ,10)

### c. Seguimiento

Pasados dos meses tras la intervención, las mejoras que se han mantenido a lo largo del tiempo son las siguientes:

#### c.1. Muestra Total de Cuidadores

Las variables en las que se ha observado un mantenimiento a largo plazo de las mejoras obtenidas tras el programa de intervención fueron: disminución de creencias acerca de que existen diferencias de género a nivel público y privado y síntomas depresivos. Además, se ha observado una tendencia a mantenerse a largo plazo la disminución de los pensamientos disfuncionales de entrega y de auto-exigencia. Las medias y desviaciones típicas de las variables mencionadas a nivel pre, post y seguimiento se indican a continuación:

- Pensamientos disfuncionales de entrega ( $\chi^2 = 5,013$ ,  $p < ,08$ )

	N	Media	Desviación estándar
CPD_ENTREGA	27	5,5926	5,87864
CPD_ENTREGA_POST	27	5,1852	5,49151
CPD_ENTREGA_SEG	27	3,7778	4,40571

- Pensamientos disfuncionales de autoexigencia ( $\chi^2 = 7,12$ ,  $p < ,07$ )

	N	Media	Desviación estándar
CPD_AUTOEXIGENCIA	28	13,1786	4,63524
CPD_AUTOEXIGENCIA_POST	28	12,0357	5,75089
CPD_AUTOEXIGENCIA_SEG	28	11,0357	5,85303

- Diferencias de género en área público ( $\chi^2= 13,31$ ,  $p<,001$ )

	N	Media	Desviación estándar
CAIG_PUBLICO	44	14,2045	5,46694
CAIG_PUBLICO_POST	44	9,4545	7,20612
CAIG_PUBLICO_SEG	44	10,9545	5,57801

- Diferencias de género en área privado ( $\chi^2=13,45$   $p<,05$ )

	N	Media	Desviación estándar
CAIG_PRIVADO	44	6,7273	3,93768
CAIG_PRIVADO_POST	44	4,8864	3,94271
CAIG_PRIVADO_SEG	44	5,5227	1,48619

- Depresión ( $\chi^2=8,07$   $p<,05$ )

	N	Media	Desviación estándar
HADS_DEPRESION	44	6,2045	3,35898
HADS_DEPRESION_POST	44	5,2500	3,60958
HADS_DEPRESION_SEG	44	5,2727	3,79328

## c.2. Submuestra de cuidadores que no han participado en ediciones anteriores del CuidarelaX

Las variables en las que se ha observado un mantenimiento a largo plazo de las mejoras obtenidas tras el programa de intervención fueron: disminución de creencias acerca de que existen diferencias de género a nivel público, síntomas depresivos y niveles de culpa. medias y desviaciones típicas de las variables mencionadas a nivel pre, post y seguimiento se indican a continuación:

- Diferencias de género en área público ( $\chi^2= 8,17, p<,001$ )

	N	Media	Desviación estándar
CAIG_PUBLICO	24	12,8750	4,64676
CAIG_PUBLICO_POST	24	13,2083	6,70483
CAIG_PUBLICO_SEG	24	9,9583	4,64832

- Depresión ( $\chi^2= 8,17, p<,01$ )

	N	Media	Desviación estándar
HADS_DEPRESION	24	5,6250	3,92110
HADS_DEPRESION_POST	24	5,3750	4,14742
HADS_DEPRESION_SEG	24	4,3750	3,24121

- Culpa ( $\chi^2= 8,17, p<,01$ )

	N	Media	Desviación estándar
CULPA_TOTAL	23	5,3043	2,14126
CULPA_TOTAL_POST	23	5,4783	1,37740
CULPA_TOTAL_SEG	23	4,3043	1,55021

### c.3. Submuestra de cuidadores que han participado en ediciones previas de Cuidarelix

Las variables en las que se ha observado un mantenimiento a largo plazo de las mejoras obtenidas tras el programa de intervención fueron: disminución de creencias acerca de que existen diferencias de género a nivel público y privado. Además, se ha observado una tendencia a mantenerse a largo plazo la disminución de los pensamientos disfuncionales de entrega y totales. Las medias y desviaciones típicas de las variables mencionadas a nivel pre, post y seguimiento se indican a continuación:

- Diferencias de género público ( $\chi^2= 27,08, p<,001$ )

	N	Media	Desviación estándar
CAIG_PUBLICO	20	15,8000	6,04892
CAIG_PUBLICO_POST	20	4,9500	4,89334
CAIG_PUBLICO_SEG	20	12,1500	6,44225

- Diferencias de género privado ( $\chi^2= 22,19, p<,001$ )

	N	Media	Desviación estándar
CAIG_PRIVADO	20	8,1500	5,34371
CAIG_PRIVADO_POST	20	3,4500	4,76252
CAIG_PRIVADO_SEG	20	5,8000	1,90843

- Pensamientos disfuncionales de entrega ( $\chi^2= 491, p<,08$ )

	N	Media	Desviación estándar
CPD_ENTREGA	3	15,3333	4,50925
CPD_ENTREGA_POST	3	6,3333	3,51188
CPD_ENTREGA_SEG	3	5,3333	4,93288

- Pensamientos disfuncionales totales ( $\chi^2= 4,67, p<,09$ )

	N	Media	Desviación estándar
CPD_TOTAL	3	29,0000	4,35890
CPD_TOTAL_POST	3	17,6667	6,80686
CPD_TOTAL_SEG	3	20,0000	4,35890

### 3.6. RESUMEN RESULTADOS

Los resultados tras la intervención se muestran en la tabla 27. Como se puede ver, los cambios observados en los participantes del grupo experimental gran parte de la intervención podemos asegurar que son resultado de la intervención.

Tabla 27. Cambios observados tras intervención

	<b>Grupo Experimental (grupo que recibe intervención)</b>	<b>Grupo Control (grupo que no recibe intervención)</b>
<b>Actitudes de Cuidado Equilibrado que fomenten la Igualdad de Género</b>	Aumentan	Aumentan pero en menor medida que el grupo experimental
<b>Actitudes de Género en Afrontamiento apropiado que fomente los autocuidados y la conciliación</b>	Aumentan	Aumentan pero en menor medida que el grupo experimental
<b>Actitudes de Cuidado Equilibrado Total</b>	Aumentan	Aumentan pero en menor medida que el grupo experimental
<b>Pensamientos Disfuncionales de autoexigencia</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Pensamientos Disfuncionales de entrega</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Creencias en diferencias de género público</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo) Aumentan (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Creencias en diferencias de género privado</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Depresión</b>	Disminuye (y se mantiene a largo plazo en cuidadores que no han participado previamente en CuidarelaX)	Disminuye
<b>Culpa</b>	Disminuye (y se mantiene a largo plazo en cuidadores que no han participado previamente en CuidarelaX)	No se observan cambios
<b>Ansiedad</b>	Disminuye (y se mantiene a largo plazo en cuidadores que no han participado previamente en CuidarelaX)	No se observan cambios



## **4. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EN CAMBIO DE ACTITUDES DIRIGIDO A MUJERES**

### **4.1. MUESTRA**

Los criterios de inclusión para participar en este estudio fueron mujeres no cuidadoras de una persona mayor en situación de dependencia y que residieran en Albacete.

#### **a. Grupo experimental**

El grupo experimental estuvo formado por 25 mujeres procedentes de Albacete y que recibieron una intervención en actitudes hacia el modelo de cuidado equilibrado. La edad media de las participantes fue de 61,78 años (DT= 3,22), con edades comprendidas entre 53 y 65 años.

De acuerdo al estado civil, la mayoría estaban casados o convivían con su pareja (68%), seguido de divorciadas/separadas (12%), viudas (12%) y, por último, solteras (8%),

Respecto a la situación laboral, la mayoría son amas de casa (64%), trabaja a tiempo completo o parcial (16%), el 8% están jubiladas y un 12% están desempleadas. Además, la mayoría pertenece a un nivel socioeconómico medio (56%) y el resto se ubicaban en un nivel medio-bajo (40%) y medio alto (4%).

## b. Grupo control

El grupo control estuvo formado por 26 mujeres procedentes de Albacete y que recibieron una intervención en actitudes hacia el modelo de cuidado equilibrado. La edad media de la participante fue de 63,04 años (DT= 6,14), con edades comprendidas entre 50 y 73 años.

De acuerdo al estado civil, la mayoría estaban casados o convivían con su pareja (72%), seguido de divorciadas/separadas (16%), viudas (8%) y, por último, solteras (4%),

Respecto a la situación laboral, la mayoría son amas de casa (46,2%), trabaja a tiempo completo o parcial (26,9%) y el 26,9% están jubiladas. Además, la mayoría pertenece a un nivel socioeconómico medio (62,5%) y el resto se ubicaban en un nivel medio-bajo (33,3%) y medio alto (4,2%).

## 4.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS

**Variables sociodemográficas:** sexo, edad, estado civil, situación laboral actual, nivel socioeconómico y lugar de residencia.

**Variables asociadas al cuidado:** cuidado de un familiar mayor dependiente o no. En caso afirmativo, rol de cuidador desempeña (cuidador principal o de apoyo), tiempo que lleva cuidado, horas que dedica al cuidado, cuántas personas mayores en situación de dependencia tiene a su cargo, sexo, edad y enfermedad de dichas personas y tipo de apoyos que recibe (o no) para desempeñar su rol de cuidador.

**Actitudes hacia el cuidado equilibrado.** Escala a validar en este estudio la cual, como ya se ha descrito con anterioridad, evalúa las actitudes que tienen los participantes hacia cuidar a personas en situación de dependencia desde un modelo de cuidado equilibrado de Martínez y Ortiz (2013). La escala está formada por 59 ítems con 5 opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Incluye 4 subescalas: cuidado responsable, autocuidados, conciliación y género.

**Creencias disfuncionales hacia el cuidado.** Se empleó el Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales sobre el cuidado (CPD, Losada, Montorio, Izal, & Márquez, 2005). La escala está formada por 16 ítems con 5 opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Incluye dos subescalas: entrega-aislamiento (9 ítems) y autoexigencia emocional-responsabilidad (7 ítems), siendo la consistencia interna evaluada con el alpha de Cronbach de 0,86 para el primer factor y de ,78 para el segundo factor.

**Autocuidados.** Se empleó la subescala de autocuidados de la escala revisada de Autoeficacia en el cuidado (Steffen et al., 2002, validada al castellano por Márquez-González, Losada, López, & Peñacoba, 2009). Esta subescala está formada por 5 ítems en los que los sujetos deben puntuar de 0 a 100 distintos aspectos relacionados con el cuidado de uno mismo, en el que 0 significa "no soy capaz" y 100 "estoy seguro que soy capaz de hacerlo". Esta subescala, al igual que la total, tiene unos índices de consistencia interna equivalente a 0,79.

**Actitudes de género.** Se incluyeron los ítems correspondientes a las subescalas ámbito público (16 20 22) y ámbito privado (4, 6, 7 28) del Cuestionario de Actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG, Solá, Benlloch, & Meliá, 2003). En esta escala el sujeto debe indicar su grado de acuerdo con una serie de actitudes relacionadas con roles de igualdad de género las cuales debe puntuar con opciones de respuesta tipo Likert que van desde 1 (desacuerdo total) a 7 (acuerdo total). Esta escala tiene además unas adecuadas propiedades psicométricas con niveles de consistencia interna por encima de ,80.

**Ansiedad y Depresión.** Ambas variables evaluadas con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), validado al castellano por Rico, Restrepo-Forero, & Molina, 2005). Esta escala incluye 14 ítems (7 que evalúan depresión y 7 que evalúan ansiedad) con cuatro opciones de respuesta tipo Likert que van de 0 a 3. La consistencia interna es adecuada, con un alpha de Cronbach de 0,85.

**Culpa.** Se aplicaron los ítems que evalúan culpa (ítems 19 y 20) dentro de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview, CBI; Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980, versión española Martín et al., 1996). Se trata de dos ítems, los cuales incluyen 5 opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 (nunca) a 5 (casi siempre).

### 4.3. PROCEDIMIENTO

#### a. Captación de los participantes del estudio

El proceso de captación de candidatos para el programa se realizó por medio de tres vías: (a) Trabajadoras sociales de la Unión Democrática de Pensionistas (UDP) y (b) Asociaciones de mujeres.

#### b. Evaluación pre-tratamiento

Después de realizar la fase de captación de los participantes se supervisó si cada uno de los cuidadores cumplía con los requisitos que el programa requiere por medio de una llamada telefónica.

A continuación, se realizó una entrevista inicial presencial y se les administró la batería de escalas pre-tratamiento a ambos cuidadores de manera auto-aplicada.

#### c. Intervención:

El programa psicoeducativo se llevó a cabo durante un fin de semana (viernes tarde, sábado completo y domingo mañana) en Albacete. Los 48 sujetos del

grupo experimental se distribuyeron en un grupo de intervención realizado en octubre de 2019.

El programa de psicoeducación se basó en el modelo de cuidado equilibrado (Ortiz & Martínez, 2013). Para ello, los contenidos se estructuraron en cinco sesiones de una hora y media cada una aproximadamente, dejando un descanso de 15 minutos para evitar el cansancio de los participantes del programa. Las sesiones se repartieron a lo largo de los tres días (una el primer día, dos el segundo y dos el último día).

#### **d. Evaluación post-tratamiento**

Al finalizar los programas de intervención se procedió a valorar a las mujeres que participaron con los cuestionarios aplicados en la valoración pre-tratamiento con el objetivo de observar si hubo cambios, positivos o negativos, gracias al programa realizado.

#### **e. Seguimiento**

Dos meses después de realizar la intervención, se administraron los mismos cuestionarios para analizar si los resultados se mantienen a lo largo del tiempo.

### **4.4. ANÁLISIS DE DATOS**

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas. Se realizaron pruebas no paramétricas U Mann Whitney para muestras independientes para analizar las diferencias en las variables objetivo (actitudes hacia el cuidado, género, ansiedad, depresión, culpa, autocuidados y pensamientos disfuncionales) entre el grupo experimental y el grupo de control. Asimismo, los cambios intragrupal en las variables de resultado entre pre y postratamiento se evaluaron utilizando pruebas no paramétricas Wilcoxon. Por último, se realizaron pruebas F Friedman para analizar si los cambios se mantienen a lo largo del tiempo en el seguimiento. Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS.22.

## 4.5. RESULTADOS

### a. Diferencias intragrupo

#### *a.1. Grupo experimental*

De acuerdo a lo esperado, se ha observado un aumento significativo tras la intervención en actitudes de género hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $Z = -4,38$ ;  $p < ,001$ ), actitudes de afrontamiento apropiado hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $Z = -4,38$ ;  $p < ,001$ ) y actitudes totales hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $Z = -4,37$ ;  $p < ,001$ ), autocuidados ( $Z = -2,43$ ;  $p < ,05$ )

Asimismo, tal y como se esperaba, han disminuido significativamente los pensamientos disfuncionales relacionados con la autoexigencia ( $Z = -4,11$ ;  $p < ,001$ ), los pensamientos disfuncionales relacionados con la entrega ( $Z = -3,97$ ;  $p < ,001$ ), las diferencias de género asociadas al ámbito público ( $Z = -4,06$ ;  $p < ,001$ ), las diferencias de género asociadas al ámbito privado ( $Z = -3,30$ ;  $p < ,001$ ) y la culpa ( $Z = -2,92$ ;  $p < ,01$ ), ansiedad ( $Z = -2,77$ ;  $p < ,01$ ) y una tendencia a disminuir significativamente en la depresión ( $Z = -1,77$ ;  $p < ,10$ ).

Por último, destacar que no se han observado diferencias pre-post en la variable culpa en el grupo experimental.

#### *a.2. Grupo control*

Se han observado mejoras significativas en actitudes de género hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $Z = -4,37$ ;  $p < ,001$ ), actitudes de afrontamiento apropiado hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $Z = -4,34$ ;  $p < ,001$ ) y actitudes totales hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $Z = -4,39$ ;  $p < ,001$ ).

En el resto de variables no se han encontrado diferencias significativas intragrupo en el grupo control: pensamientos disfuncionales, autocuidados, diferencias de género, ansiedad, depresión ni culpa ( $p > ,10$ ).

### **b. Diferencias intergrupo**

Al analizar las diferencias intergrupo (véase tabla 28), de acuerdo a lo esperado se observaron puntuaciones significativamente mejores en actitudes hacia el modelo de cuidado equilibrado de afrontamiento adaptativo, actitudes hacia el modelo de cuidado equilibrado de género y las actitudes totales de modelo equilibrado en el grupo experimental tras la intervención. Además, se observaron puntuaciones significativamente inferiores en diferencias de género en actividades tanto del ámbito público como privado y menos pensamientos disfuncionales tanto los totales como las subescalas de autoexigencia y entrega, Además, la ansiedad tendió a ser significativamente inferior en el grupo experimental tras la intervención en comparación con el control.

En contraste, no se han observado diferencias significativas en depresión ni en culpa.

A nivel pre-tratamiento no había diferencias significativas entre grupo experimental y control.

Tabla 28. *Diferencias intergrupo (control vs experimental) en las variables resultado*

Variable	Momento evaluación	Grupo	Grupo	U
		Experimental	Control	
		Rango promedio	Rango promedio	
CUIDAEQ	<i>Post- intervención</i>	37,96	14,50	26,00***
Afrontamiento				
CUIDAEQ	<i>Post- intervención</i>	36,00	16,38	75,00***
Género				
CUIDAEQ	<i>Post- intervención</i>	38,06	14,40	23,50***
Total				
CPD	<i>Post- intervención</i>	15,64	35,96	66,00***
Autoexigencia				
CPD	<i>Post- intervención</i>	15,64	35,96	66,00***
Entrega				
CPD	<i>Post- intervención</i>	14,92	36,65	48,00***
Total				
Autoeficacia	<i>Post- intervención</i>	31,27	20,17	173,50**
Autocuidados				
CAIG	<i>Post- intervención</i>	16,84	34,81	96,00***
Público				
CAIG	<i>Post- intervención</i>	20,50	31,29	187,50***
Privado				
Ansiedad	<i>Post- intervención</i>	20,44	29,42	236,00 <sup>t</sup>

Nota: CUIDAEQ= actitudes desde el modelo de cuidado equilibrado; CPD= pensamientos disfuncionales; CAIG= actitudes que apoyan la existencia de diferencias de género; \*\*\* p < ,001; \* p < ,05; <sup>t</sup> p < ,10)

### c. Seguimiento

Pasados dos meses tras la intervención, las variables en las que se ha observado un mantenimiento a largo plazo de las mejoras obtenidas tras el programa de intervención fueron: disminución de pensamientos disfuncionales de entrega, autoexigencia y totales, creencias acerca de que existen diferencias de género a nivel público y privado y ansiedad. Las medias y desviaciones típicas



de las variables mencionadas a nivel pre, post y seguimiento se indican a continuación:

- Pensamientos disfuncionales de entrega ( $\chi^2= 36,54, p<,001$ )

	N	Media	Desviación estándar
CPD_ENTREGA	48	7,5625	6,37784
CPD_ENTREGA_POST	48	4,4792	4,83775
CPD_ENTREGA_SEG	48	4,1667	5,26059

- Pensamientos disfuncionales de autoexigencia ( $\chi^2= 0,40 p<,001$ )

	N	Media	Desviación estándar
CPD_AUTOEXIGENCIA	47	11,2340	5,04421
CPD_AUTOEXIGENCIA_POST	47	7,1064	5,65391
CPD_AUTOEXIGENCIA_SEG	47	6,6383	6,41474

- Pensamientos disfuncionales totales ( $\chi^2=37,59 p<,001$ )

	N	Media	Desviación estándar
CPD_TOTAL	44	19,1591	10,43907
CPD_TOTAL_POST	44	11,7273	9,85090
CPD_TOTAL_SEG	44	10,7727	11,04718

- Diferencias de género en área público ( $\chi^2= 17,34 p<,001$ )

	N	Media	Desviación estándar
CAIG_PUBLICO	49	15,1837	6,97517
CAIG_PUBLICO_POST	49	11,0204	6,87535
CAIG_PUBLICO_SEG	49	11,8776	6,62581

- Diferencias de género en área privado ( $\chi^2=36,33 p<,05$ )

	N	Media	Desviación estándar
CAIG_PRIVADO	51	7,4118	3,48813
CAIG_PRIVADO_POST	51	6,2941	3,10673
CAIG_PRIVADO_SEG	51	5,8824	2,23291

- Ansiedad ( $\chi^2=11,61$   $p<,01$ )

	N	Media	Desviación estándar
HADS_ANSIEDAD	49	8,3673	3,19957
HADS_ANSIEDAD_POST	49	7,8367	3,51987
HADS_ANSIEDAD_SEG	49	7,3265	3,61356

#### 4.6. RESUMEN RESULTADOS

Los resultados se resumen en la siguiente tabla 29

	<b>Grupo Experimental (grupo que recibe intervención)</b>	<b>Grupo Control (grupo que no recibe intervención)</b>
<b>Actitudes de Cuidado Equilibrado que fomenten la Igualdad de Género</b>	Aumentan	Aumentan pero en menor medida que el grupo experimental
<b>Actitudes de Género en Afrontamiento apropiado que fomente los autocuidados y la conciliación</b>	Aumentan	Aumentan pero en menor medida que el grupo experimental
<b>Actitudes de Cuidado Equilibrado Total</b>	Aumentan	Aumentan pero en menor medida que el grupo experimental
<b>Pensamientos Disfuncionales de autoexigencia</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Pensamientos Disfuncionales de entrega</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Creencias en diferencias de género público</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo) Aumentan (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Creencias en diferencias de género privado</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Depresión</b>	Tendencia a disminuir	No se observan cambios
<b>Culpa</b>	No se observan cambios	No se observan cambios
<b>Ansiedad</b>	Disminuye (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios

## 5. CONCLUSIONES

Son muy pocos los cuidadores que acuden a los profesionales sociosanitarios porque se sienten culpables, están deprimidos o ansiosos, raramente afirman que esperan participar en algún programa que elimine los problemas psicopatológicos que experimentan. Tampoco buscan ayuda en el resto de sus familiares, no concilian y van reduciendo cada vez más los niveles de su autocuidado. En este sentido llamar al instrumento de evaluación desarrollado "Escala de Actitudes hacia el Modelo de Cuidado Equilibrado" tiene varias ventajas, pues, no patologiza la situación de los cuidadores (ya que insiste en lo positivo), determina el objetivo que se pretende (que no es sino tener un cuidado equilibrado, que tenga en cuenta la perspectiva de género, maneje adecuadamente su problemática emocional, manteniendo los aspectos adaptativos y modificando en la medida de lo posible los inadecuados, buscando la conciliación y el autocuidado) y delimita el sujeto sobre el que va a estar centrada la intervención (que no es solo la persona que cuida sino todo su entorno).

Conviene que el cuidador llegue a la conclusión de que NADIE ES PERFECTO, que ser una buena persona, incluido el ser un buen cuidador, no significa que nunca haga las cosas mal, que puede intentar perdonarse a sí mismo y tratar de enmendar sus acciones en la medida de lo posible.

Cuando se cuida a un miembro mayor de la familia se origina un importante impacto en esa familia que altera los roles y patrones de conducta de todos sus miembros y no solo el de la persona que asume el papel de cuidador o cuidadora principal. Estos cuidadores experimentan graves conflictos y problemas en su relación con los demás miembros de la familia, que tienen que ver con los pensamientos y actitudes hacia la enfermedad y hacia la manera de manejar el cuidado. Este estudio revela la falta de apoyos percibidos por los cuidadores. Un funcionamiento familiar adecuado a nivel emocional e instrumental (todos los miembros contribuyen, colaboran y cooperan de manera complementaria) resulta un elemento crucial para un cuidado equilibrado.

Asimismo, cabe decir que todos los esfuerzos realizados con el programa de intervención, independientemente de los resultados y limitaciones, tenían como objetivo último ofrecer a los cuidadores, con paciencia y comprensión, un

tiempo para analizar críticamente su situación. Pues en numerosas ocasiones estos se encuentran demasiado sobrecargados, sin tiempo para nada, ni siquiera para pensar sobre su propia situación vital, la contribución de su familia y la situación del mayor al que cuidan. Por eso, conseguir que los cuidadores se encuentren mejor puede parecer un objetivo sencillo, pero conseguirlo es sin ninguna duda un gran logro, tanto para esta investigación, como para todas las que se realizan en este ámbito. Si el cuidador se encuentra bien podrá dar un mejor trato, un buen trato, al familiar al que cuida. El buen trato es sin ningún género de dudas es un objetivo primordial e irrenunciable para la intervención aquí planteada.

El buen trato a las personas mayores tiene que ver con la visión que tiene la sociedad de este grupo poblacional (muchas veces muy negativamente estereotipado pues se les considera no productivos, una carga, todos iguales, poco activos...y los cuidadores de personas mayores se ven también afectados por una baja valoración de su rol), por la visión que los mayores tienen de si mismos (aunque la mayoría de las veces consideran esta etapa de su vida como de una nueva oportunidad, un grupo importante de los mayores tienen una concepción negativa de su edad, centrándose en lo que les falta, en lo que no pueden, en lo jóvenes y saludables que antes eran y ahora no). Parece pertinente promocionar una cultura del buen trato pues los mayores, como cualquier otro grupo, tienen derecho a que se fomente su autonomía, se les trate con justicia y se busque su bienestar. Solo desde el reconocimiento de las potencialidades de los mayores se construirá un buen trato a este grupo de edad. Es irrenunciable no solo evitar el trato inadecuado y el mal trato hacia los mayores sino promover el buen trato hacia ellos. Un cuidado equilibrado con el presentado en este estudio es uno de los elementos esenciales para avanzar en este sentido.

# **EFICACIA PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA SALUD DE FAMILIARES DE PERSONAS A TRAVÉS DE LA INTERVENCIÓN CON PROFESIONALES**

## 1. MARCO TEÓRICO

Este proyecto se enmarca dentro del desarrollo del **Modelo Teórico del "Cuidado Equilibrado"** (Ortiz y Martínez 2013), modelo aplicable necesariamente en la organización del cuidado de larga duración.

Contempla organizar el cuidado teniendo en cuenta sus tres ejes fundamentales:

1. Asegurar un **cuidado responsable de la persona mayor en situación de dependencia**.
2. Asegurar el **cuidado de la persona cuidadora principal** ofreciendo **oportunidad y oportunidad** para que se pueda cuidar.
3. Favorecer la **conciliación y corresponsabilidad del cuidado**. Supone que el cuidado permita "vivir cuidando", conciliar el cuidado con la vida personal, de pareja, familiar, laboral .

El modelo **incorpora de manera transversal la perspectiva de género en el cuidado**. La **organización del cuidado** se concibe como un sistema "**el sistema de cuidado de larga duración**" donde se recomienda que **para que sea equilibrado se descentralice el cuidado**. O, dicho de otra manera, las responsabilidades sean compartidas por todo el sistema y la responsabilidad de cuidar no sea entendida como responsabilidad exclusiva familiar y por tanto recaiga sobre una única persona, la persona cuidadora principal, teniendo en cuenta los diferentes modelos de familias coexistentes actualmente las necesidades de apoyo diferenciales.

En el centro del sistema de cuidado ubicamos la relación de cuidado (relación establecida entre la persona en situación de dependencia y la persona cuidadora principal), y progresivamente se reconoce el valor y función de otros agentes del cuidado como son las personas cuidadoras que apoyan en el cuidado, los allegados, familia próxima y del entorno social-comunitario, todos ellos con una función y poder para favorecer presiones o aliviar cargas.

En concreto, en el cuidado de larga duración resulta imprescindible avanzar hacia la descentralización del cuidado, reconocer que todos/as tenemos una responsabilidad. La intervención con profesionales se enmarca en esa aportación fundamental del entorno social-comunitario donde los servicios de salud, los servicios de servicios sociales generales y/o especializados que pueden favorecer una organización funcional/disfuncional en el cuidado. La intervención que a continuación se desarrolla contribuye a favorecer que los profesionales sociosanitarios contribuyan a descentralizar el cuidado.

El programa se enmarca dentro de la **“Promoción y prevención de la salud en personas cuidadoras familiares promoviendo la sensibilización de los profesionales sociosanitarios hacia el “Modelo de Cuidado Equilibrado”**. La experiencia acumulada en investigación e intervención práctica, nos permite afirmar la **urgencia de incorporar actuaciones con otros miembros del sistema de cuidado**. Abrir nuevos escenarios de intervención en este caso con profesionales, supone avanzar en el conocimiento de la realidad del cuidado en dependencia fomentando la implementación de otros programas innovadores, eficaces y eficientes, para la prevención y promoción de la salud en personas cuidadoras familiares de mayores en situación de dependencia.



Las consecuencias derivadas de asumir el cuidado son frecuentemente reflejadas en múltiples estudios y literatura científica especializada, datos corroborados y ampliamente descritos en nuestro estudio sobre el programa “Cuida-relax”. Se puede afirmar que **existen estilos de organización del**

**cuidado más saludables** que otros. Algunos estilos de organización del cuidado son disfuncionales, favorecen desequilibrios en el cuidado y por tanto ponen en riesgo entre otros aspectos, la salud integral de las personas cuidadoras familiares. Problemas de salud que afectan principalmente a mujeres, aunque no de manera exclusiva. El fenómeno de la feminización del cuidado es de tal calibre que lo encontramos no solo dentro del contexto familiar, sino también dentro de las profesiones del cuidado. Es ineludible, por tanto reflexionar sobre los aspectos de género que de manera transversal están implicados en el cuidado, en la toma de decisiones e inclusive en la promoción de la salud en los familiares cuidadores.

El objetivo prioritario es favorecer **estilos de organización del cuidado que promuevan un envejecimiento saludable, el desarrollo de las personas cuidadoras en una sociedad más justa e igualitaria**. Destacar la prioridad de **disminuir los problemas de salud en general** pero especialmente los vinculados a la **salud mental** como son la **depresión, la ansiedad o el estrés crónico**. Pero también de **incrementar** la posibilidad de experimentar **sentimientos satisfactorios** vinculados al cuidado. Es labor de toda una sociedad aceptar que **cuidar no es solo una responsabilidad individual** enmarcada en la intimidad de las familias, sino que es una **responsabilidad compartida**. La intervención cuenta con **valor sanitario añadido**, ya que aporta beneficios de dimensiones de valor social, económico o político. En definitiva invertir en promoción salud contribuye también al desarrollo social y económico de nuestra sociedad.

**Los profesionales son promotores salud, y por tanto promotores de estilos funcionales o disfuncionales de organización del cuidado**. Las creencias, concepciones y valores propios de estudiantes y profesionales influirán en sus prácticas posteriores. De ahí la importancia de fortalecer las actitudes positivas y tratar de aminorar o eliminar aquellas negativas mediante un mayor conocimiento de los aspectos preventivos y de la promoción de la salud. El estudio que aquí se presenta pretende ampliar el conocimiento sobre las **necesidades formativas** de estos profesionales en la educación de **capacitación profesional pregrado, postgrado y formación continua**. Propone y valida el diseño de una intervención práctica. Las actitudes son predisposiciones de las personas en reaccionar positiva o negativamente hacia un concepto en este caso se trata de fomentar la sensibilización de un cuidado equilibrado en profesionales sociosanitarios.



Incorpora intervenciones con participantes de todo el ámbito nacional. Está dirigido a profesionales / estudiantes de profesiones sociosanitarias en el ámbito de la salud, de los servicios sociales y/o servicios sociosanitarios (residencias, centros de día y ayuda a domicilio). Se diferenciaron dos perfiles profesionales por nivel de cualificación profesional 1) Equipos técnicos 2) Personal de atención directa.



## 2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El presente informe presenta el desarrollo y los resultados del estudio "Sensibilización de un cuidado equilibrado en profesionales sociosanitarios" enmarcado dentro del proyecto de investigación "Investigación sobre el Cuidado Equilibrado, como modelo integrado en la atención a la dependencia: posibilidad y desarrollo". Este proyecto se ha llevado a cabo en diferentes regiones de España durante el año 2020, ampliándose el mismo hasta el mes de abril de 2021 y financiado a través de la convocatoria del 0,7% de IRPF 2019, de "otros fines de interés social".

El objetivo principal de este programa de intervención es sensibilizar a los profesionales sociosanitarios acerca de la importancia del cuidado equilibrado en familiares de personas en situación de dependencia. Para ello, se va a seguir el modelo de cuidado equilibrado de Martínez y Ortiz (2013) el cual ha demostrado su validez con cuidadores de familiares en situación de dependencia mayores y que incluye las siguientes dimensiones: cuidado responsable de la persona mayor desde la perspectiva del buen trato, el autocuidado del cuidador desde una perspectiva integral (salud física, psíquica y emocional) y la

corresponsabilidad en la asunción y reparto de tareas que afectan al conjunto de la familia y el entorno, desde la perspectiva de género.

Las intervenciones se han realizado de manera online, debido a la situación de crisis sanitaria por la pandemia por la COVID-19. El programa de intervención incluye Sesiones Formativas y Talleres tal y como se describe más adelante.

## 2.1. FASES DEL PROGRAMA

### a) EVALUACIÓN PRE-INTERVENCIÓN

La captación de la muestra (profesionales sociosanitarios procedentes de distintas regiones de España) fue realizada por los equipos de zona. Se informó a los potenciales participantes del propósito del estudio, horarios y de la estructura y normas de la intervención. A aquellos profesionales sociosanitarios que aceptaron participar en el estudio se les administraron una serie de cuestionarios previo a la intervención vía online a través de la plataforma *Google Forms*. En dicha plataforma se incluía además el documento de información del estudio y consentimiento informado el cual los participantes debían aceptar antes de continuar a la fase de cumplimentación de los cuestionarios.

Las variables evaluadas fueron las siguientes:

Variable	Escala empleada	Subescalas
Actitudes de Cuidado Equilibrado	Actitudes favorables al modelo de cuidado equilibrado de Ortiz, Aparicio, Noriega y López (2019).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Género: actitudes que fomentan el cuidado desde la igualdad de género.</li> <li>- Afrontamiento adaptativo: actitudes que fomentan el cuidado equilibrado desde los autocuidados y la conciliación</li> <li>- Totales</li> </ul>

Actitudes de Género	Cuestionario de Actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG, Solá, Benlloch, & Meliá, 2003).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitudes Género Privado: Creencias en diferencias de género en el ámbito público</li> <li>- Actitudes Género Público: Creencias en diferencias de género en el ámbito público</li> </ul>
Pensamientos Disfuncionales	Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales sobre el cuidado (CPD, Losada, Montorio, Izal, & Márquez, 2006).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensamientos Disfuncionales de Entrega-Aislamiento</li> <li>- Pensamientos Disfuncionales de Autoexigencia emocional-responsabilidad</li> <li>- Pensamientos Disfuncionales Totales</li> </ul>
Estereotipos negativos	Cuestionario de estereotipos negativos hacia las personas mayores (CENVE; Mena et al., 2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivación-social</li> <li>- Personalidad-carácter</li> <li>- Salud</li> <li>- Total</li> </ul>
Calidad de Vida del profesional	Professional Quality of Life Questionnaire (QPL-35; Martín et al., 2004).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobrecarga laboral</li> <li>- Motivación intrínseca</li> <li>- Apoyo de gerencia</li> <li>- Total</li> </ul>
Estrés Laboral	Cuestionario de contenido de trabajo de Karasek (JC; 1985)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control</li> <li>- Exigencias</li> <li>- Apoyo social</li> <li>- Total</li> </ul>
Burnout	Inventario de Burnout de Maslach (MBI; Maslach et al., 1996).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agotamiento Emocional</li> <li>- Despersonalización</li> <li>- Realización Personal</li> </ul>

## b) INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

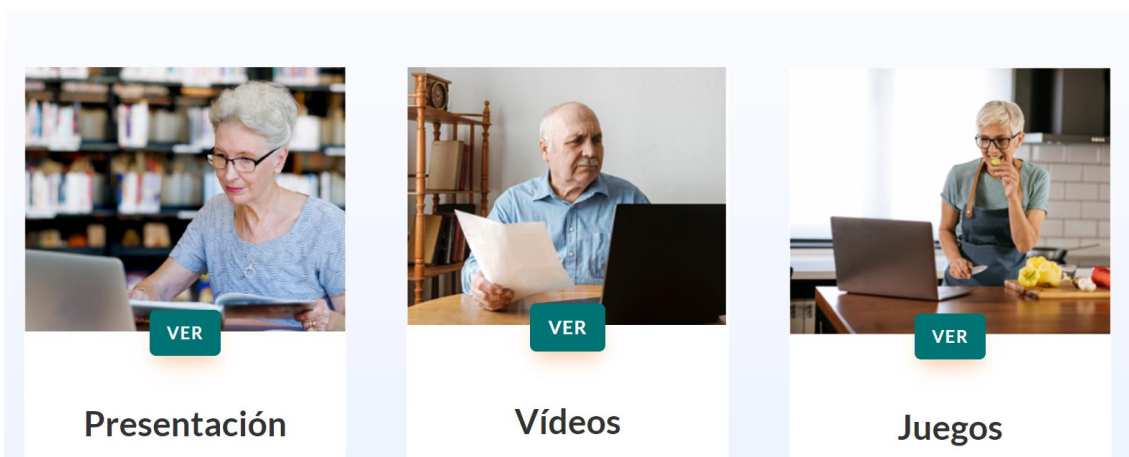
La intervención psicoeducativa se llevó a cabo de manera **online** a través de una plataforma diseñada específicamente para ello denominada **"Portal de Investigación sobre Cuidado Equilibrado-PICE"**.

En este portal se incluían: materiales formativos, sesiones formativas y talleres en directo tal y como se describe a continuación.

Materiales Formativos	Sesiones Formativas	Talleres en Directo
Memoria Cuidarela Presentación Proyecto El Cuidado Equilibrado como modelo integrador Resultados Efficacy of an Intervention Program based on a Brief Cognitive-Behavioral Psychoeducation Presentaciones de los cinco módulos de las sesiones formativas	Módulo 1. Visualización de necesidades Módulo 2. Aprender a sentirnos bien Módulo 3. El buen trato responsable Módulo 4. Prevención y Promoción de la salud Módulo 5. Compromiso con el cambio	Taller 1. Redes sociales y medios de comunicación Taller 2. Tu capacidad de neutralizar el impacto de los medios sociales Taller 3. El cambio desde tu responsabilidad personal Taller 4. Potenciar y valorar el cambio de actitudes en el cuidado diario

### b.1. SESIONES FORMATIVAS

Las sesiones formativas incluían cinco módulos con sus respectivas presentaciones, vídeos formativos y autoevaluaciones a través de diversos juegos.



#### Módulo 1: "Visualización de necesidades"

El objetivo de este primer módulo es mostrar por qué es necesario cambiar el paradigma en el cuidado y la importancia de la promoción de la salud de los cuidadores familiares de personas mayores en situación de dependencia.

Este módulo incluye materiales de apoyo, 7 vídeos formativos (píldoras) y 1 autoevaluación (a través del juego *Boom*). Los contenidos de este módulo son los siguientes:

- Introducción
- Datos de interés
- Consecuencias del cuidar
- Modelo teórico del cuidado equilibrado
- Principales barreras en el cuidado
- Programa de prevención y promoción de la salud
- Testimonios y experiencias

### **Módulo 2: "Aprender a sentirnos bien"**

El objetivo de este módulo es resaltar cómo las emociones, cogniciones y situaciones afectan a las personas cuidadoras y todo el sistema de cuidado y qué barreras y esquemas pueden bloquear el cambio. Contra estos bloqueos y barreras, se destaca la importancia del cambio de paradigma en el cuidado y la importancia de la promoción de la salud de los cuidadores familiares de personas mayores en situación de dependencia.

Este módulo incluye materiales de apoyo, 7 vídeos formativos y autoevaluación (a través del juego *ahora caigo*). Los contenidos son los siguientes:

- Introducción
- Datos de interés
- Consecuencias del cuidar
- Modelo teórico del cuidado equilibrado
- Principales barreras en el cuidado
- Programa de prevención y promoción de la salud
- Testimonios y experiencias

### **Módulo 3: "El buen trato responsable"**

Este módulo pretende resaltar el tiempo de cuidado de larga duración es prolongado y por ello es necesario hacer ajustes en función de cómo vaya evolucionando la enfermedad y las circunstancias. La flexibilidad, los límites y el buen trato como responsabilidad de todos y todas son aspectos claves a destacar.

Este módulo incluye materiales de apoyo, 7 vídeos formativos y 1 autoevaluación (a través del juego de la ruleta). Los contenidos son los siguientes:

- Introducción
- Datos de interés
- Consecuencias del cuidar
- Modelo teórico del cuidado equilibrado
- Principales barreras en el cuidado
- Programa de prevención y promoción de la salud
- Testimonios y experiencias

#### **Módulo 4: "Prevención y promoción de la salud"**

Este módulo muestra qué son las actitudes, por qué es importante trabajar con las actitudes y su relación con la promoción de la salud a través del modelo de cuidado equilibrado.

Este módulo incluye materiales de apoyo, 3 vídeos formativos y 1 autoevaluación (a través del juego trivial). Los contenidos son los siguientes:

- Introducción
- Las actitudes en el cuidado equilibrado
- Aspectos del proceso de cambio

#### **Módulo 5: "Compromiso con el cambio"**

Este módulo tiene como objetivo reflejar claves para que los profesionales puedan comprometerse con el cambio de paradigma en la promoción de los cuidados desde una perspectiva más igualitaria y saludable, teniendo en cuenta la situación actual de pandemia de la COVID-19.

Este módulo incluye materiales de apoyo, 7 vídeos formativos y 1 autoevaluación (a través del juego palabra secreta). Los contenidos son los siguientes:

- Introducción
- La COVID-19 y el cambio de modelo de cuidados
- Avanzar en descentralizar el cuidado
- Corregir desequilibrios en el sistema

- Principales barreras
- Herramienta de “Escala de Actitudes”
- ¿Qué podemos hacer los profesionales para contribuir al cambio?

## **b.2. TALLERES EN DIRECTO**

Se realizaron 4 talleres, de los cuáles dos estaban dirigidos a equipos técnicos profesionales y los otros dos a personal de atención directa-auxiliares. Los talleres fueron los siguientes:

### **Taller 1. “Redes sociales y medios de comunicación”**

Este taller está dirigido a equipos técnicos profesionales. Su objetivo es reflejar el papel de los medios de comunicación como agentes socializadores de cambio de actitudes. Se reflejan ejemplos de noticias publicadas en medios de comunicación en las que se ofrece una visión negativa y sesgada de los servicios de cuidado formales. Partiendo de estos ejemplos, se invita a la reflexión acerca de cómo se sienten y se han podido sentir las personas mayores durante la pandemia y cómo puede verse influido el cuidado con estas noticias, teniendo en cuenta la perspectiva de género. Para contrarrestar esta visión sesgada y generalmente negativa ofrecida por los medios de comunicación, se anima a los profesionales técnicos a ser agentes de cambio promoviendo conciencia social y promocionando un modelo de cuidado equilibrado que cuide de la salud de los familiares de personas mayores en situación de dependencia.

### **Taller 2. “Tu capacidad de neutralizar el impacto de los medios sociales”**

Este taller está dirigido a personal de atención directa-auxiliares. Su objetivo es reflejar el papel de los medios de comunicación como agentes socializadores de cambio de actitudes. Los medios de comunicación generan corrientes de opinión y promocionan actitudes y comportamientos en la sociedad. Muchas veces los medios de comunicación, y más durante esta pandemia, han transmitido y transmiten miedos, desconfianzas e inseguridades hacia los servicios formales de cuidado (ej: residencias). La confianza en los servicios es fundamental para poder brindar un cuidado equilibrado. Por tanto, es importante romper con esta visión negativa que muchas veces se observa en

las personas que necesitan cuidados y sus familias, ya que estos servicios son muchas veces necesarios para garantizar el bienestar de la persona en situación de dependencia y aminorar el impacto del cuidado en las personas cuidadoras. Ante esta situación, en este taller se dan pautas para que el personal de atención directa pueda ayudar en la gestión emocional de las familias transmitiéndoles profesionalidad, seguridad y confianza con el objetivo de aminorar sus miedos e inquietudes y puedan así confiar en estos servicios.

### **Taller 3. "El cambio desde tu responsabilidad profesional"**

Este taller está dirigido a equipos técnicos profesionales. Su objetivo es generar cambio en el modelo de cuidados desde la responsabilidad del profesional. Para ello, se muestra una escala de detección de actitudes en línea con el modelo de cuidado equilibrado y cómo estas actitudes se relacionan con una menor presencia de pensamientos disfuncionales de autoexigencia emocional-responsabilidad y entrega-aislamiento del cuidador. Asimismo, se muestran resultados de los cambios producidos en intervenciones previas focalizadas en el cambio de actitudes en cuidadores de familiares en situación de dependencia. Por último, se propone qué aspectos son importantes para generar cambio en actitudes en la sociedad actual hacia un modelo más equilibrado y la importancia del compromiso del profesional para que este cambio tenga lugar, generando cambio primero en uno mismo, ofrecer oportunidades para cuidado, hacer visible lo invisible y desarrollar programas que promuevan un cambio de paradigma.

### **Taller 4. "Potenciar y Valorar el cambio de actitudes en el cuidado diario"**

Este taller está dirigido a personal de atención directa-auxiliares. Su objetivo es generar cambio en el modelo de cuidado desde la responsabilidad del profesional. Para ello, se refleja la importancia de las actitudes en los pensamientos y emociones de las personas y cuáles son los elementos a tener en cuenta para generar cambio de actitudes. Se hace especial énfasis en la importancia del lenguaje para generar cambio de actitudes y la importancia de tener en cuenta la perspectiva de género. Partiendo de lo anterior, se reflexiona con los participantes qué pueden hacer desde su rol como profesionales de atención directa para generar un cambio actitudinal en línea con un modelo equilibrado de cuidados.



### **c) EVALUACIÓN POST-INTERVENCIÓN**

Al finalizar la intervención psicoeducativa, los participantes debían contestar de nuevo a los cuestionarios para poder evaluar si las actitudes hacia el cuidado y demás variables evaluadas se modificaban después del programa.

### **d) SEGUIMIENTOS**

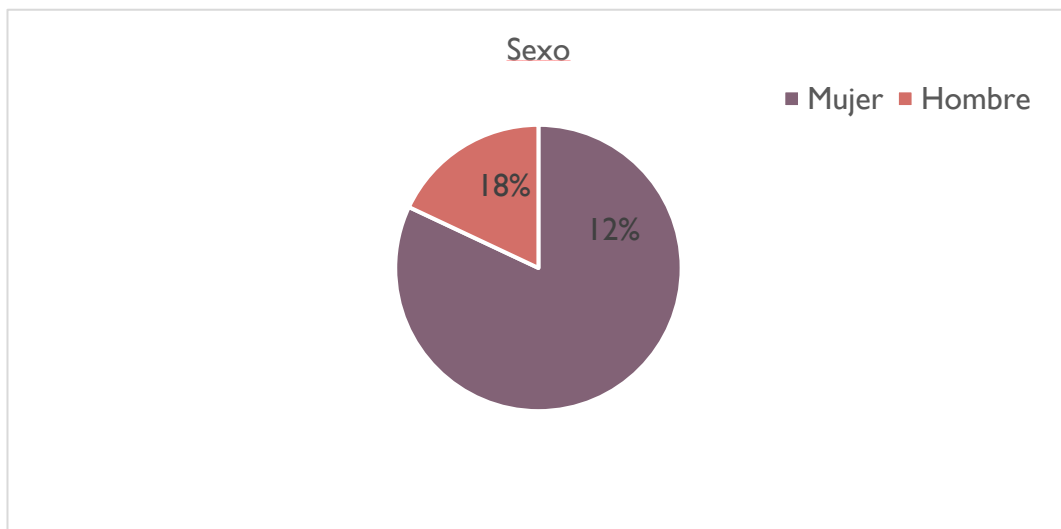
Para evaluar si los resultados se mantienen o cambian a lo largo del tiempo, un mes después de realizar la intervención se contactó con los participantes para que contestaran de nuevo a los cuestionarios. Además, se les administró un cuestionario de satisfacción con el programa.

---

### 3. DESCRIPCIÓN DE PARTICIPANTES

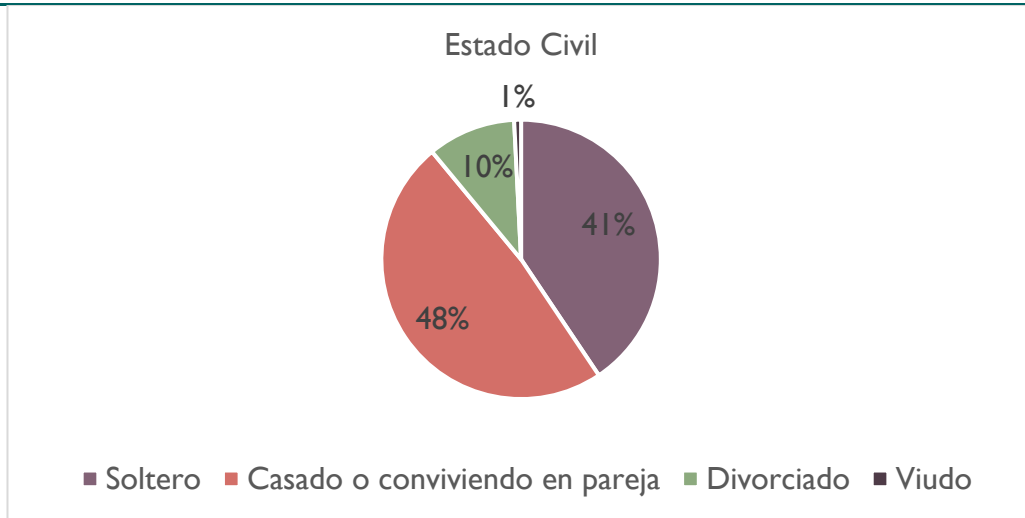
En el proyecto han participado un total de 128 personas.

De las 131 personas que han participado en el proyecto de investigación, el 82% eran mujeres (108 personas) y el 18% varones (23 personas). Estos datos muestran que hay una mayor participación de profesionales sociosanitarios en la población femenina.

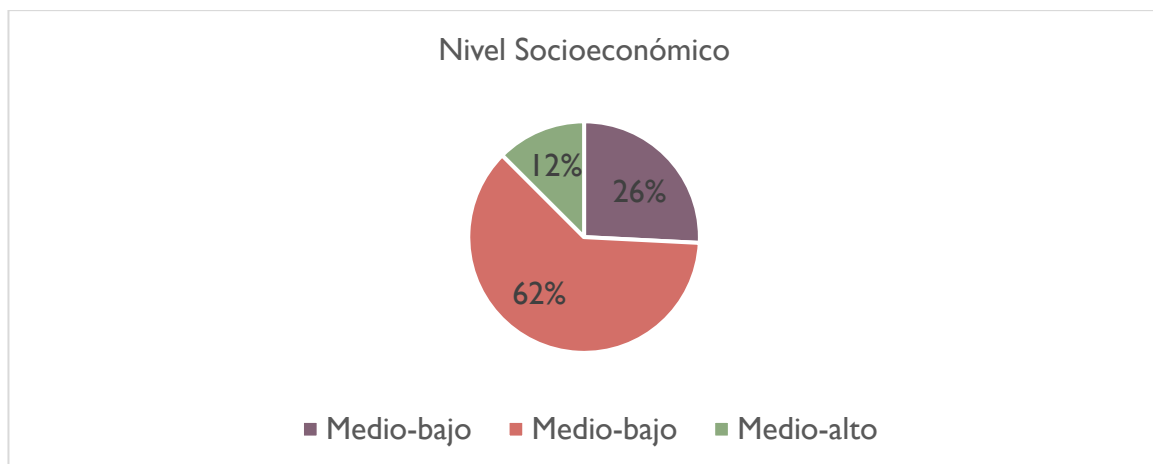


El promedio de edad de las personas participantes ha sido de 40,16 años, estando las edades de los participantes comprendida entre 20 y 65 años.

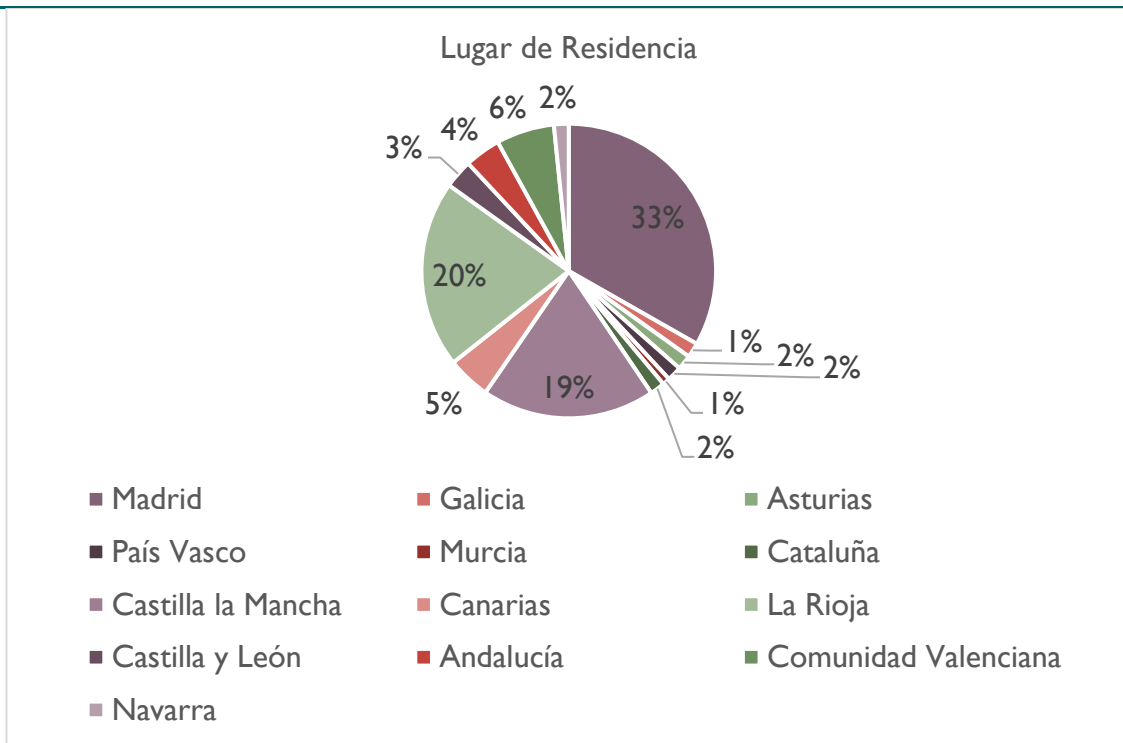
En cuanto al estado civil, la mayoría estaban casadas o convivían con su pareja (48,4%), seguido de separados o divorciados (10,2%), solteros (40,6%) y viudos (0,8%).



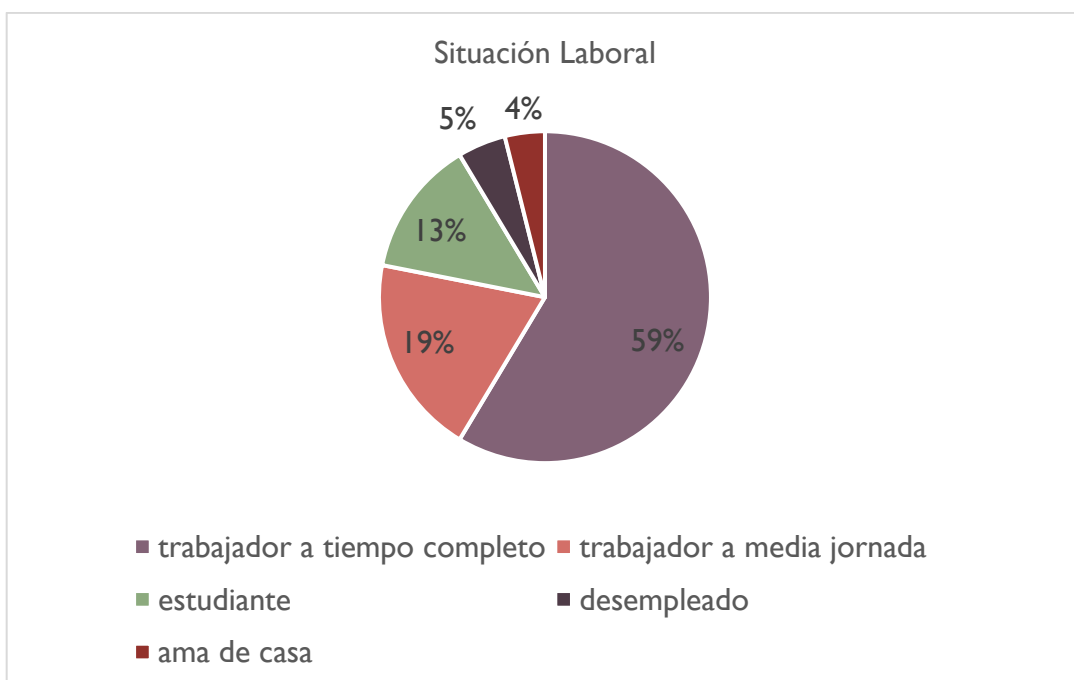
En cuanto al nivel socioeconómico, el 61,7% se identificaron con un nivel medio, el 25,8% medio-bajo y el 12,5% medio-alto.



El lugar de procedencia de los participantes se distribuye en distintas zonas de España, salvo dos participantes provenientes de Argentina. Por Comunidades Autónomas, la distribución es la siguiente: Madrid (32,8%), La Rioja (20,3%), castilla la Mancha (18,8%), Comunidad Valenciana (6,3%), Islas Canarias (4,7%), Andalucía (3,9%) Castilla y León (3,1), Galicia (1,6%), Asturias (1,6%), País Vasco (1,6%), Cataluña (1,6%), Navarra (1,6%) y Murcia (0,8%)

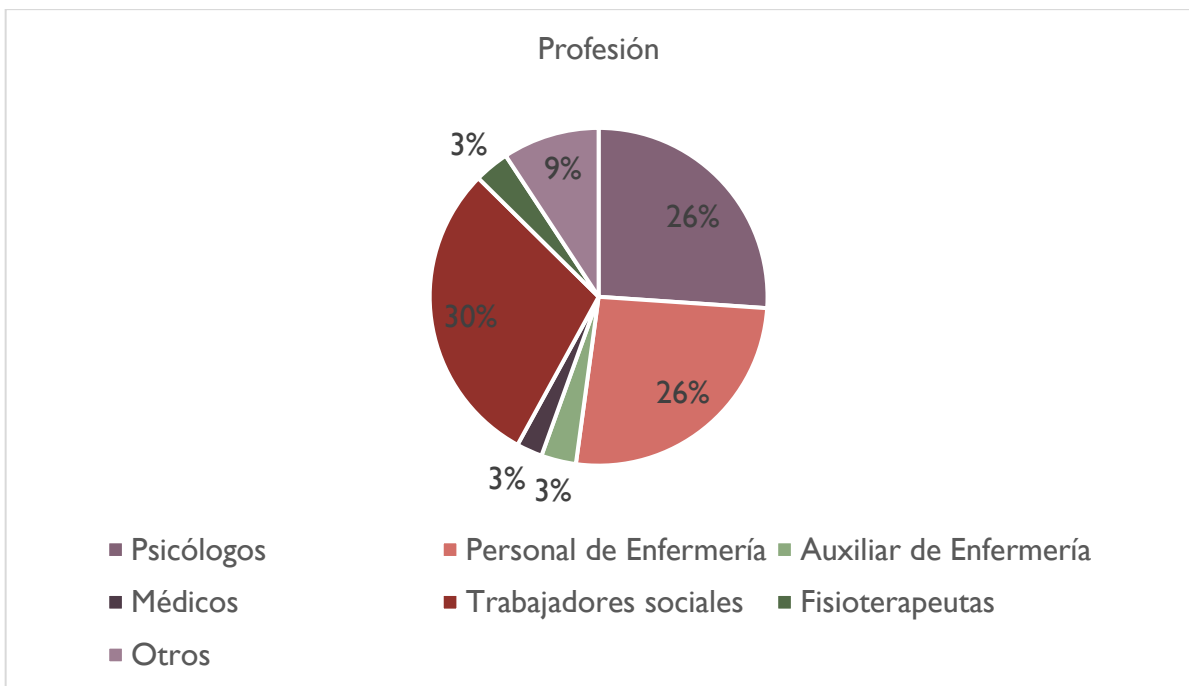


Respecto a la situación laboral, el contar con un contrato a jornada completa es la situación más común (58,6%), seguida del trabajo a tiempo parcial (22,2%), estudiantes (13,3%), desempleados (4,7%) y amas de casa (3,9%).



La experiencia media de los participantes con personas mayores se sitúa en alrededor de **8,4 años**, observándose variaciones significativas entre unos participantes y otros habiendo algunos con ninguna experiencia con personas mayores y otros que alcanzan hasta los 30 años de experiencia.

Por último, respecto a especialidad, se observa una mayor participación de **trabajadores sociales** (27,3%), **psicólogos** (24,2%) y **auxiliares** (24,2%). Asimismo, participaron **enfermeros** (3,1%), **fisioterapeutas** (3,1%), **médicos** (2,3%) entre otros (8,6%).



## 4. VALORACIÓN PRE-INTERVENCIÓN

### 4.1. PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LAS VARIABLES OBJETIVO

A continuación, se describen las puntuaciones obtenidas en las variables objetivo (actitudes hacia el cuidado equilibrado, actitudes de género y pensamientos disfuncionales hacia el cuidado) así como en variables relacionadas (estereotipos hacia personas mayores, calidad de vida del profesional, estrés laboral) y la interpretación de las mismas.

#### a) Cuidado Equilibrado

Las puntuaciones obtenidas reflejan **un nivel moderado de actitudes tanto de afrontamiento apropiado como de género** relacionados con el cuidado equilibrado. En la siguiente tabla 30 se observan las puntuaciones medias y desviaciones típicas.

Tabla 30. Medias y desviaciones típicas en cuidado equilibrado

	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>
Afrontamiento	40,25	4,69
Género	27,12	3,32
Total	67,37	7,23

Analizando con más detalle, se observaron las siguientes actitudes tal y como se presentan en la tabla 31 de la siguiente página. Para facilitar la lectura rápida de la tabla, se ha marcado con distintos colores el significado de la puntuación de la siguiente manera: verde (puntuaciones favorables con el modelo de cuidado equilibrado), amarillo (puntuaciones intermedias) y rojo (puntuaciones inadecuadas). Además, se han señalado con una flecha aquellos ítems problemáticos y cuyas respuestas de los participantes no apoyan el modelo equilibrado.

Tabla 31. Valoración de las actitudes del modelo de cuidado equilibrado

	Desacuerdo total	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1. Que los familiares nieguen el deterioro de una persona mayor dependiente dificulta que éstos puedan valorar sus necesidades reales.	0,8%	1,6%	1,6%	22,7%	73,4%	
2. Dedicarse tiempo a sí mismo es egoísta cuando hay que cuidar a un familiar en situación de dependencia.	4,7%	3,1%	7%	12,5%	72,7%	←
3. Una persona que cuida de un familiar mayor en dependencia no debería sentir rabia o ira hacia la persona que cuida	30,5%	18%	14,1%	20,3%	17,2%	←
4. Es importante que el entorno social (familiares, vecinos, amigos, etc) favorezca a la persona cuidadora espacios y tiempos para su desarrollo persona.	0,8%	0%	2,3%	10,9%	85,9%	
5. Los hombres que asumen el cuidado principal de una persona en situación de dependencia requieren especialmente de apoyos en el cuidado.	14,8%	17,2%	19,5%	14,1%	34,4%	←
6. Si para cuidar de una persona mayor dependiente uno de los miembros de la pareja tiene que cambiar su situación laboral (ej: pedir excedencia, reducir jornada...), el ser hombre o mujer no debería ser el factor que determine quien asume el cambio.	0,8%	0%	1,6%	6,3%	91,4%	
7. Es mejor que el cuidado sea realizado por una única persona y, a ser posible, siempre la misma.	3,9%	19,5%	22,7%	25,8%	28,1%	←
8. Las tareas de higiene personal es mejor que las realicen las mujeres.	1,6%	2,3%	5,5%	12,5%	78,1%	←
9. Es importante que la persona cuidadora principal pida ayuda a su entorno si lo necesita.	0,8%	0%	0,8%	9,4%	89,1%	
10. Dedicar dinero familiar para el cuidado de una persona dependiente es un despilfarro para la economía familiar si hay alguien que pueda hacerse cargo del cuidado.	0,8%	3,1%	6,3%	18,8%	71,1%	←
11. Si una persona mayor se pone enferma cuando tanto el hijo como la hija trabajan, generalmente es más apropiado que sea la hija la que pida salir del trabajo.	2,3%	2,3%	2,3%	8,6%	84,4%	←
12. La calidad de los cuidados de las personas dependientes no pueden estar condicionados por la economía familiar.	7,8%	4,7%	10,2%	17,2%	60,2%	
13. El cuidado de la propia salud física y mental es secundario cuando se tiene a una persona dependiente a cargo.	1,6%	2,3%	3,9%	8,6%	83,6%	←
14. Es normal que los hijos varones que vivan en pareja asuman la decisión del cuidado de sus padres dependientes, aunque las tareas del cuidado directo las realice su pareja mujer	4,7%	3,9%	12,5%	13,3%	65,6%	←
15. A veces es necesario alejarse del cuidado para reflexionar y tomar decisiones.	3,1	0,8%	11,7%	25%	59,4%	

	Desacuerdo total	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
16. Es mejor que las tareas de cuidado que requieren fuerza física (levantar y acostar) las realicen los hombres para evitar gastos innecesarios (ej: grúas).	0%	2,3%	14,1%	19,5%	64,1%	←
17. Dedicar tiempo para la vida en pareja es algo secundario cuando se cuida de un familiar mayor dependiente.	2,3%	3,9%	2,3%	16,4%	75%	←
18. Desconfío del trato que se puede dar a las personas dependientes en las instituciones, como son los centros de día o las residencias.	2,3%	10,9%	21,9%	20,3%	44,5%	←
19. La atención a la dependencia también corresponde al sistema público de los servicios sociales y debe de tener inversión y presupuestos públicos para asegurar y garantizar las ayudas y recursos necesarios.	0,8%	0%	0%	8,6%	90,6%	
20. Un cuidado responsable implica la mayoría de las veces renunciar a todos o casi todos los intereses y aficiones del cuidador, porque restan tiempo y calidad de cuidado.	2,3%	14,1%	8,6%	24,2%	50,8%	←
21. Una persona cuidadora principal debe tener asegurada su independencia económica y/o continuidad laboral para no perder sus derechos y capacidad de vida independiente cuando finalice su etapa de cuidar.	2,3%	1,6%	9,4%	15,6%	71,1%	
22. El confiar el cuidado de un familiar dependiente a una persona ajena contratada, sería equivalente a rebajar la seguridad y la calidad del cuidado que le presta su familiar allegado.	2,3%	1,6%	7,8%	22,7%	65,6%	←
23. Es mejor tomar decisiones en solitario y evitar así enfrentamientos familiares.	0%	3,1%	4,7%	19,5%	72,7%	←
24. Es negligente tomar la decisión de cuidar en el domicilio familiar a una persona en situación de dependencia si no se disponen de los recursos y apoyos apropiados para ello.	9,4%	14,8%	18,8%	33,6%	23,4%	
25. Repartir los cuidados de manera que cada hijo/a cuide la misma cantidad de tiempo del familiar dependiente es lo más adecuado para favorecer la conciliación.	45,3%	28,1%	13,3%	7,8%	5,5%	←
26. Es normal que las hijas solteras o separadas sin cargas familiares tengan la obligación prioritaria de asumir el cuidado como cuidadoras principales frente al resto de los familiares.	2,3%	5,5%	9,4%	10,9%	71,9%	←
27. Es un maltrato familiar si a una persona cuidadora principal se le presiona para que renuncie a alguna parte de su desarrollo personal, familiar o social por cuidar.	2,3%	5,5%	3,1%	20,3%	68,8%	
28. Los hijos e hijas no tienen la obligación de asumir directamente el cuidado principal de sus padres en situación de dependencia.	27,3%	19,5%	23,4%	18%	11,7%	

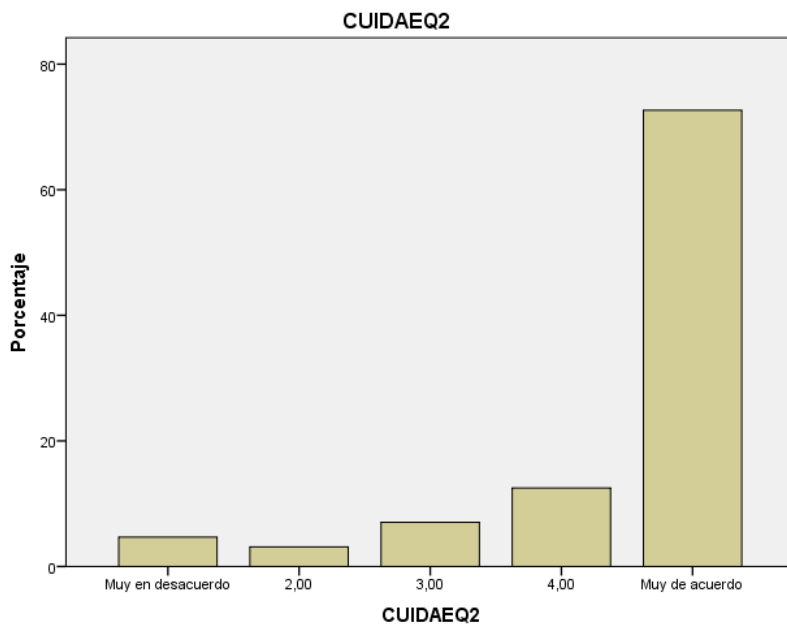


	Desacuerdo total	Algo en Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
29. Las mujeres tienen mayor capacidad para ser cuidadoras de personas dependientes que los hombres.	3,9%	14,8%	7,8%	15,6%	57,8%	←
30. Que una persona cuidadora reclame que sus necesidades son tan importantes como las de la persona cuidada es sinónimo de egoísmo	1,6%	6,3%	1,6%	22,7%	68%	←
31. La atención a las personas en situación de dependencia es responsabilidad de toda la sociedad.	3,1%	1,6%	5,5%	15,6%	74,2%	
32. El cariño es suficiente para garantizar cuidados de calidad a la persona dependiente.	4,7%	8,6%	8,6%	28,1%	50%	←
33. Es un signo de debilidad personal si un hombre expresa sus emociones.	0%	0,8%	0%	3,9%	95,8%	←
34. Las parejas tienen la obligación de cuidarse mutuamente en caso de que uno de los dos esté en situación de dependencia.	18,8%	19,5%	24,2%	16,4%	21,1%	←
35. Cuidar de una persona dependiente es menos agotador que una jornada laboral.	0%	0%	5,5%	16,4%	78,1%	←
36. Hay que favorecer las relaciones afectivas de las personas cuidadoras más allá del cuidado y de la persona en situación de dependencia.	3,9%	3,1%	7%	11,7%	74,2%	
37. Es importante que otros miembros de la familia que no sean personas cuidadoras principales se ocupen de las necesidades básicas, de salud y de ocio del familiar dependiente.	2,3%	3,9%	9,4%	25%	59,4%	
38. Negarse a cuidar a un familiar en casa es sinónimo de ser mala persona.	1,6%	4,7%	11,7%	18%	64,1%	←
39. Desarraigar a una persona mayor dependiente de su entorno social y familiar puede ser un mal trato social.	10,2%	8,6%	25%	33,6%	22,7%	
40. La persona cuidadora principal de una persona en situación de dependencia no está obligada a favorecer y atender personalmente a todas las visitas que reciba su familiar dependiente.	6,3%	11,7%	23,4%	25%	33,6%	
41. Los familiares que cuidan personalmente de la persona mayor son los únicos que pueden valorar con objetividad los cuidados y tratamientos que debe recibir.	3,9%	13,3%	14,1%	33,6%	35,2%	←
42. Una persona que trabaja fuera del hogar no puede ser una persona cuidadora comprometida de una persona dependiente.	2,3%	12,5%	9,4%	27,3%	48,4%	←
43. Saber delegar en otras personas es una virtud necesaria en todo cuidador/a principal.	1,6%	0%	1,6%	14,1%	82,8%	
44. Cuando se acepta la responsabilidad del cuidado de un familiar en situación de dependencia, tiene que mantenerse inflexible hasta el final de sus días.	0%	0%	10,9%	24,2%	64,8%	←

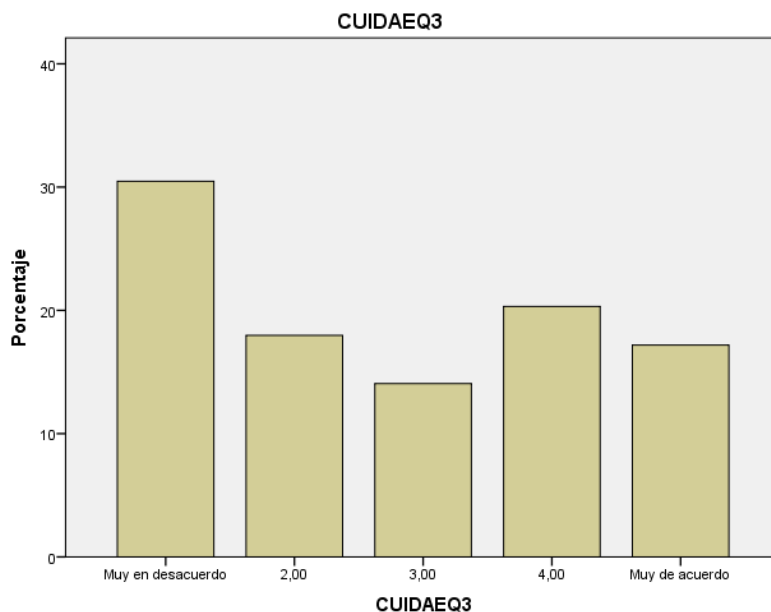
	Desacuerdo total	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
45. Es normal que las personas cuidadoras principales se auto-mediquen.	2,3%	5,5%	11,7%	19,5%	60,9%	←
46. Si la persona dependiente muestra dificultades para aceptar los nuevos cambios y costumbres, siempre es preferible que sea la persona cuidadora principal la que se adapte.	7%	21,1%	29,7%	25,8%	16,4%	←
47. Es importante que las personas que tienen a una persona dependiente a su cargo tengan tiempo para realizar ejercicio físico.	0,8%	0%	3,9%	21,9%	73,4%	
48. Cuando las personas contratan servicios u otras personas para cuidar a su familiar es una forma de abandono.	0,8%	1,6%	0,8%	8,6%	88,3%	←
49. Es importante que los profesionales valoren e incluyan a los familiares en la toma de decisiones y en las aplicaciones de los tratamientos de personas mayores dependientes.	0,8%	0%	2,3%	14,1%	82,8%	
50. Es mucho mejor si el varón se encarga de las tareas fuera del hogar y la mujer cuida de la casa y de los familiares dependientes.	0%	1,6%	0,8%	7,8%	89,8%	←
51. Las familias que envían a sus mayores a una residencia en realidad lo que quieren es deshacerse de su familiar dependiente.	0,8%	2,3%	3,9%	12,5%	80,5%	←
52. Los centros de trabajo deberían regular la conciliación del cuidado en dependencia de personas mayores (ej: horarios flexibles)	0,8%	0,8%	5,5%	15,6%	77,6%	
53. Cualquier persona puede cuidar de una persona dependiente sin necesidad de tener formación específica sobre el manejo de la enfermedad.	0,8%	8,6%	10,9%	30,5%	49,2%	←
54. La falta de descanso y del sueño reparador es un indicador que debe ser tenido en cuenta por los cuidadores principales para prevenir desequilibrios en la salud.	0,8%	0%	0%	3,9%	95,3%	
55. Cumplir con todas las demandas de la persona dependiente significa ser mejor cuidador.	5,5%	11,7%	10,2%	24,2%	48,4%	←
56. Los cuidados en casa son siempre mejores que los que se pueden brindar en una institución.	1,6%	14,1%	29,7%	25,8%	28,9%	←
57. Si fuera cuidador principal de un familiar en dependencia de larga duración me sería útil acudir reuniones con otras familias con experiencias similares o a asociaciones.	0,8%	0,8%	3,1%	23,4%	71,9%	
58. Cuidar de los padres mayores implica tanta responsabilidad para los hijos como para las hijas.	0%	0,8%	0,8%	7%	91,4%	
59. Siempre es preferible que sea la persona cuidadora principal la que modifique su vida y se traslade al domicilio de la persona.	3,1%	13,3%	25%	29,7%	28,9%	←

A continuación, se incluyen gráficas de los ítems de la tabla anterior donde las actitudes no son favorables hacia un cuidado equilibrado y, por tanto, deberían ser objeto de intervención:

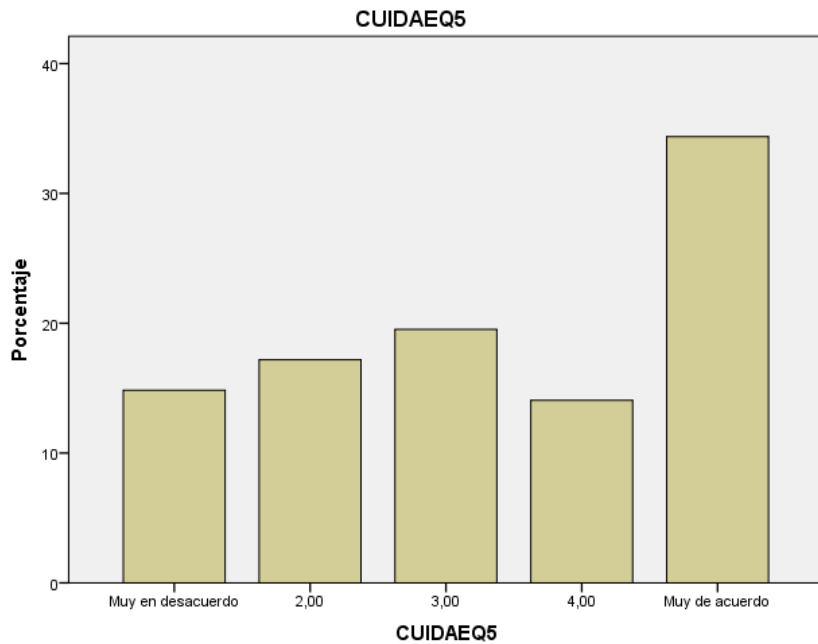
**ITEM 2.** Dedicarse tiempo a sí mismo es egoísta cuando hay que cuidar a un familiar en situación de dependencia.



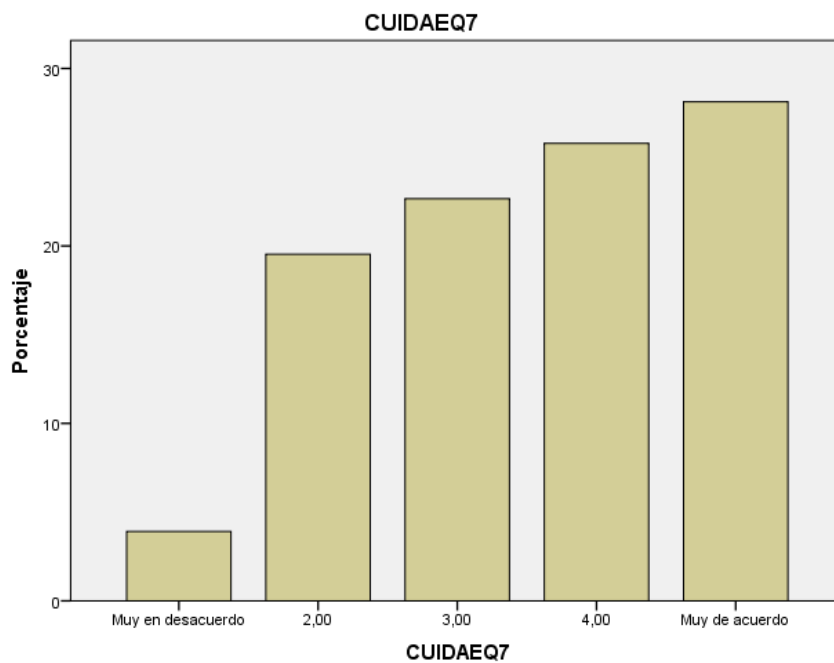
**ITEM 3.** Una persona que cuida de un familiar mayor en dependencia no debería sentir rabia o ira hacia la persona que cuida



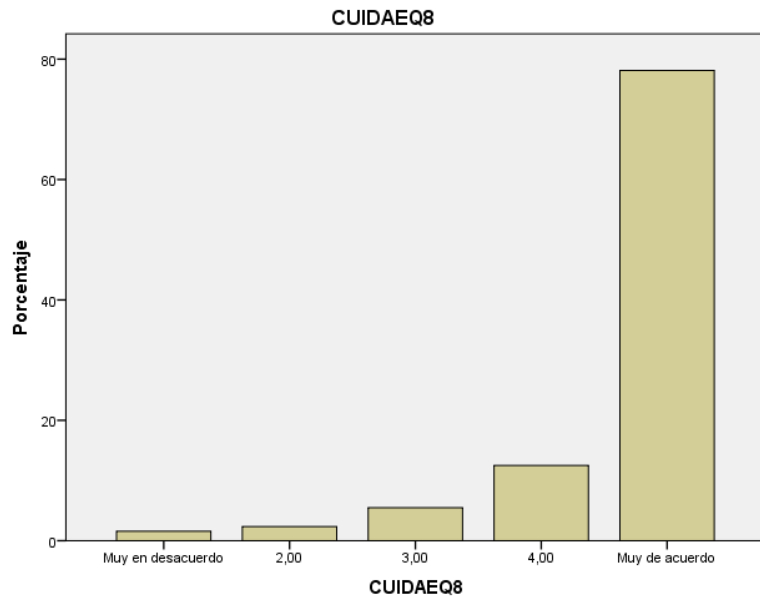
**ITEM 5.** Los hombres que asumen el cuidado principal de una persona en situación de dependencia requieren especialmente de apoyos en el cuidado.



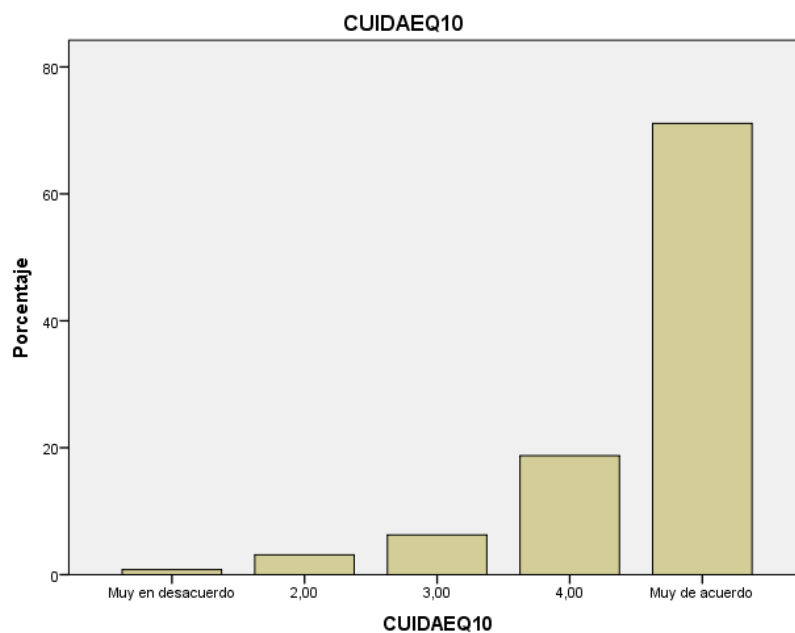
**ITEM 7.** Es mejor que el cuidado sea realizado por una única persona y, a ser posible, siempre la misma.



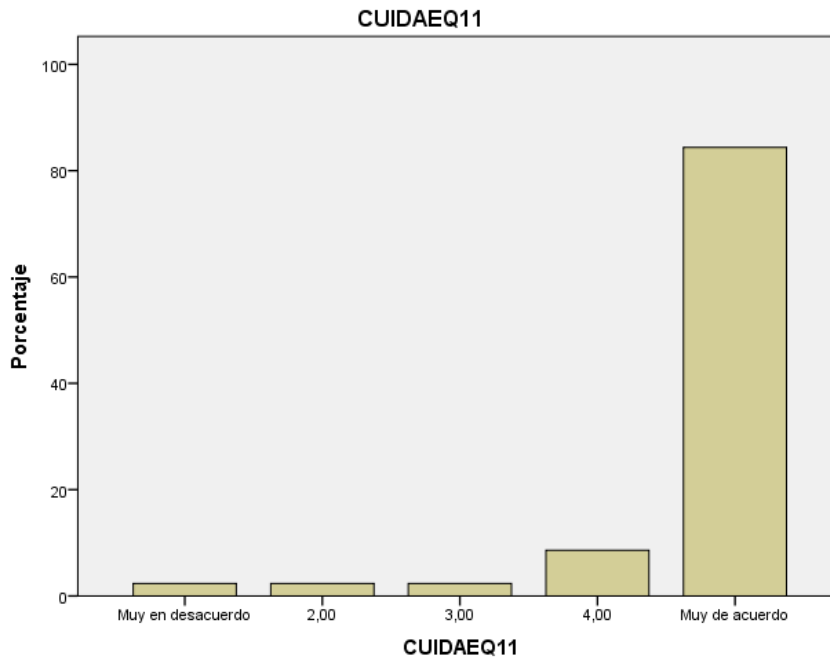
**ITEM 8.** Las tareas de higiene personal es mejor que las realicen las mujeres.



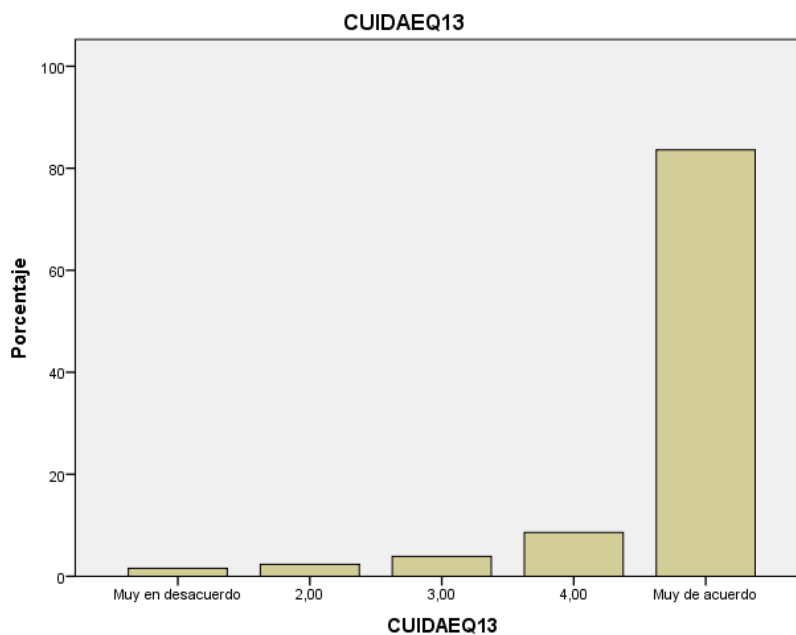
**ITEM 10.** Dedicar dinero familiar para el cuidado de una persona dependiente es un despilfarro para la economía familiar si hay alguien que pueda hacerse cargo del cuidado.



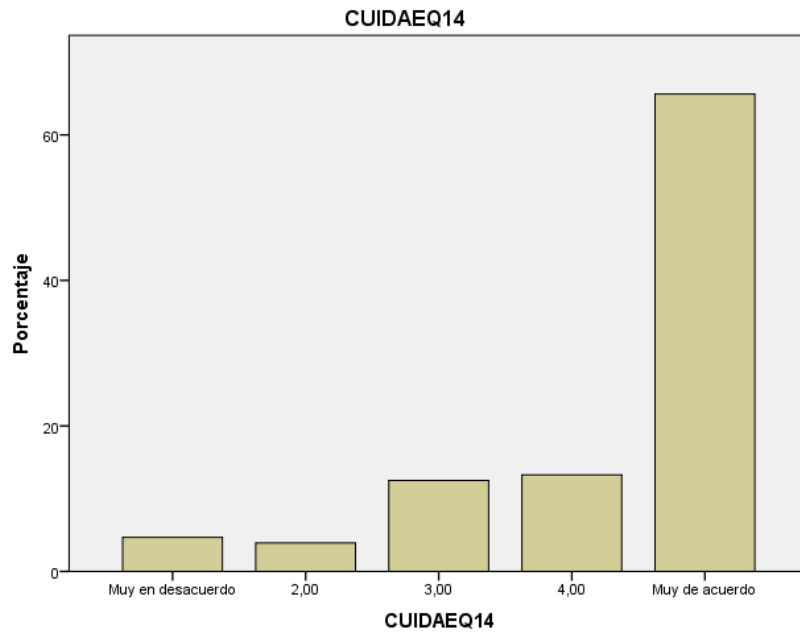
**ITEM 11.** Si una persona mayor se pone enferma cuando tanto el hijo como la hija trabajan, generalmente es más apropiado que sea la hija la que pida salir del trabajo.



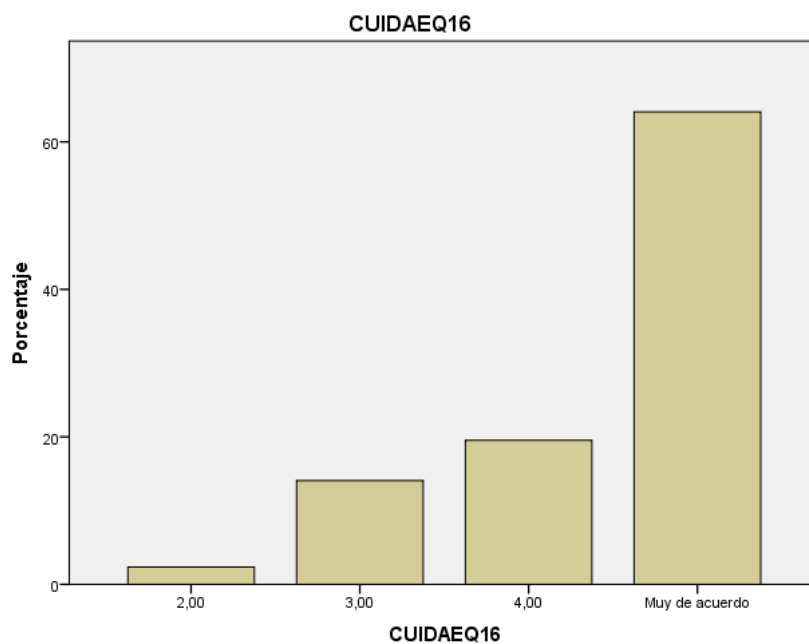
**ITEM 13.** El cuidado de la propia salud física y mental es secundario cuando se tiene a una persona dependiente a cargo.



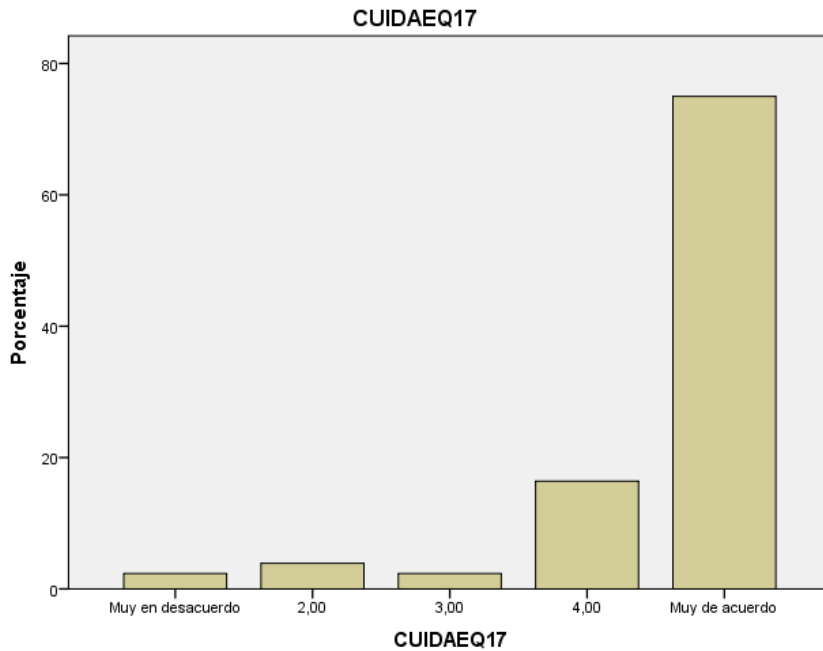
**ITEM 14.** Es normal que los hijos varones que vivan en pareja asuman la decisión del cuidado de sus padres dependientes, aunque las tareas del cuidado directo las realice su pareja mujer



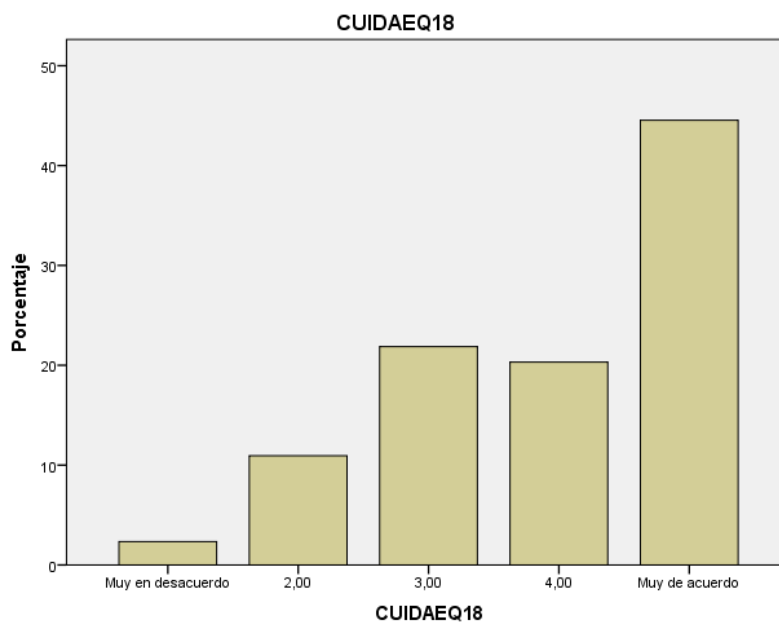
**ITEM 16.** Es mejor que las tareas de cuidado que requieren fuerza física (levantar y acostar) las realicen los hombres para evitar gastos innecesarios (ej: grúas).



**ITEM 17.** Dedicar tiempo para la vida en pareja es algo secundario cuando se cuida de un familiar mayor dependiente.

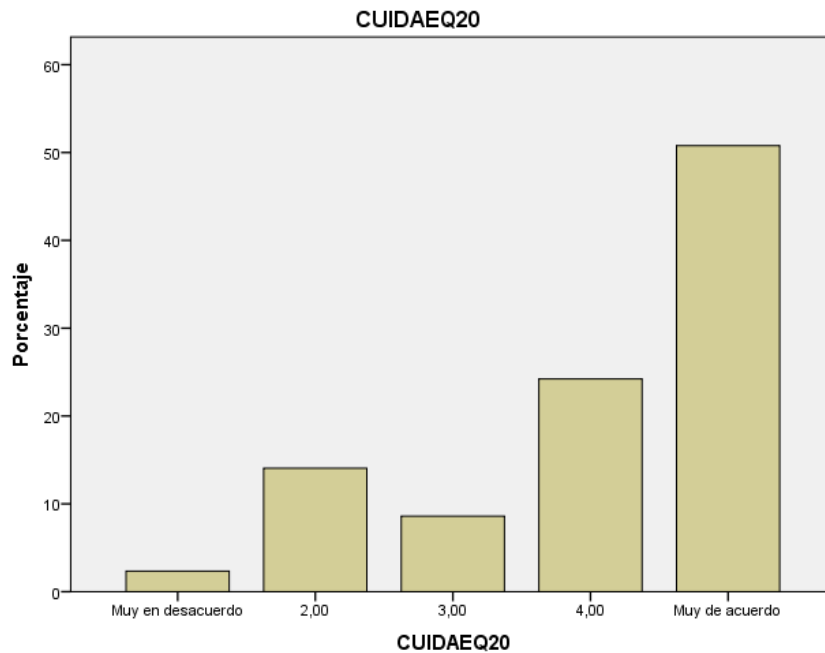


**ITEM 18.** Desconfío del trato que se puede dar a las personas dependientes en las instituciones, como son los centros de día o las residencias.

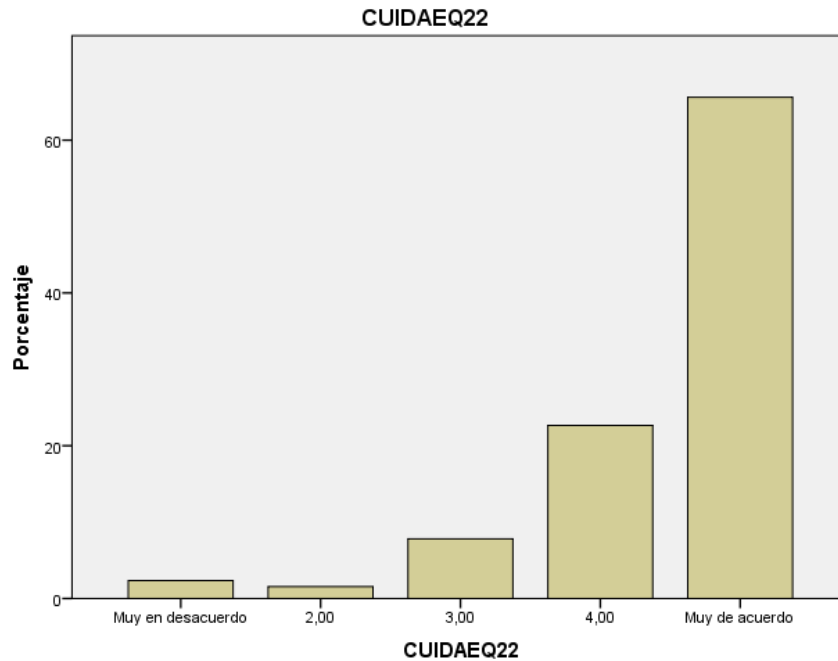




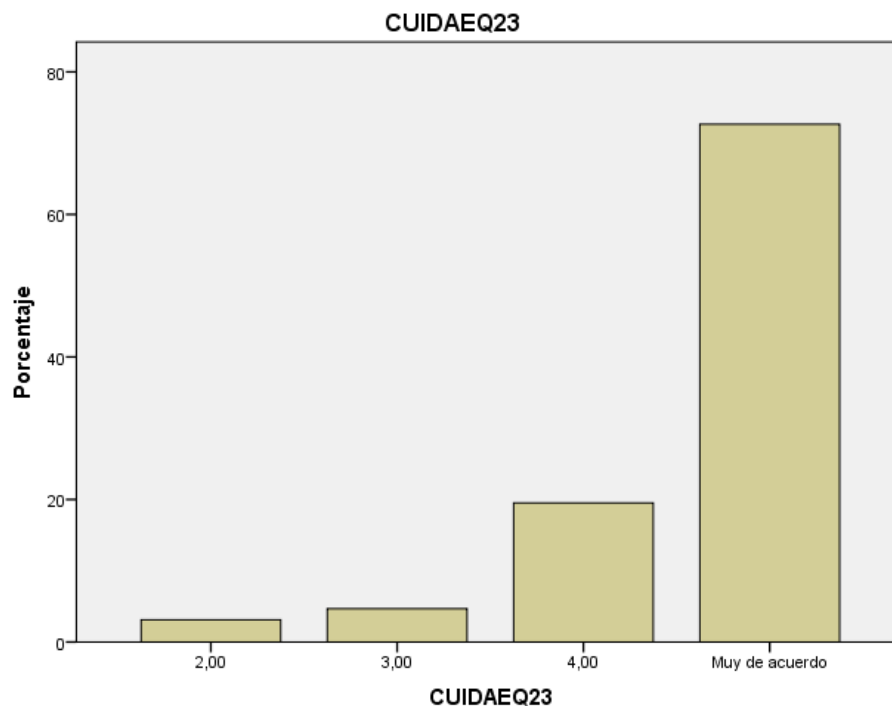
**ITEM 20.** Un cuidado responsable implica la mayoría de las veces renunciar a todos o casi todos los intereses y aficiones del cuidador, porque restan tiempo y calidad de cuidado.



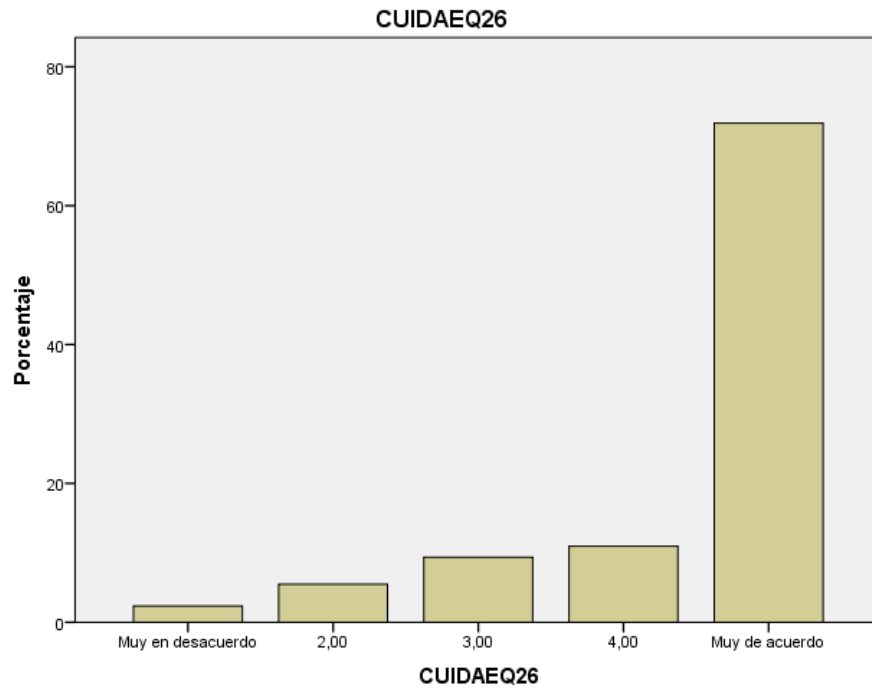
**ITEM 22.** El confiar el cuidado de un familiar dependiente a una persona ajena contratada, sería equivalente a rebajar la seguridad y la calidad del cuidado que le presta su familiar allegado.



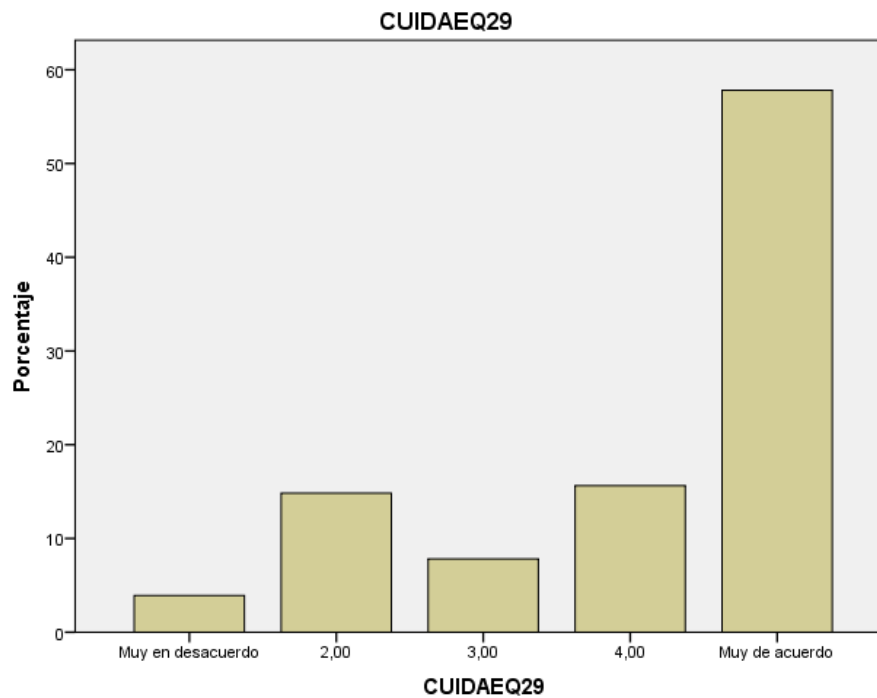
**ITEM 23.** Es mejor tomar decisiones en solitario y evitar así enfrentamientos familiares.



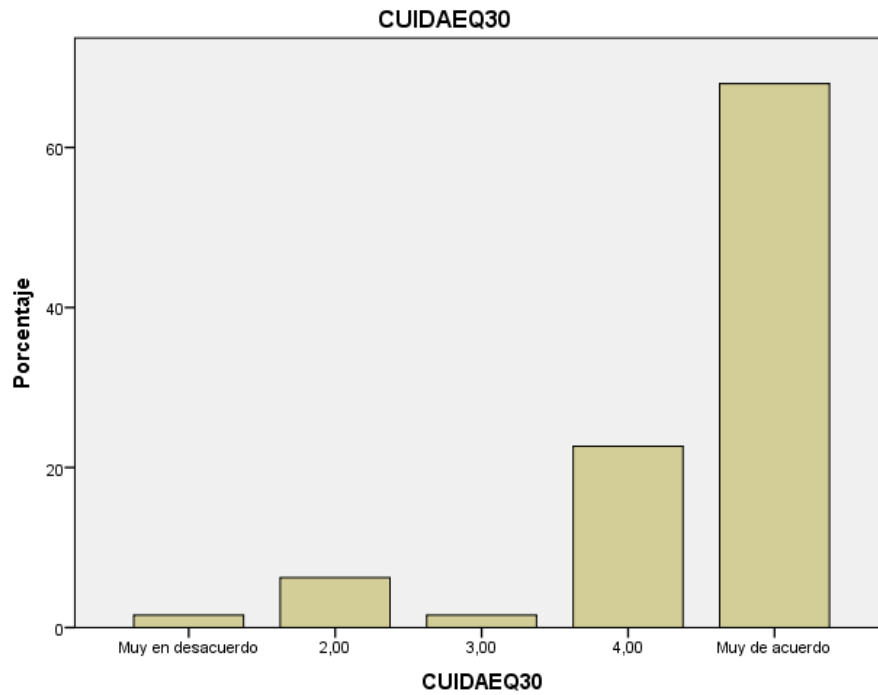
**ITEM 26.** Es normal que las hijas solteras o separadas sin cargas familiares tengan la obligación prioritaria de asumir el cuidado como cuidadoras principales frente al resto de los familiares.



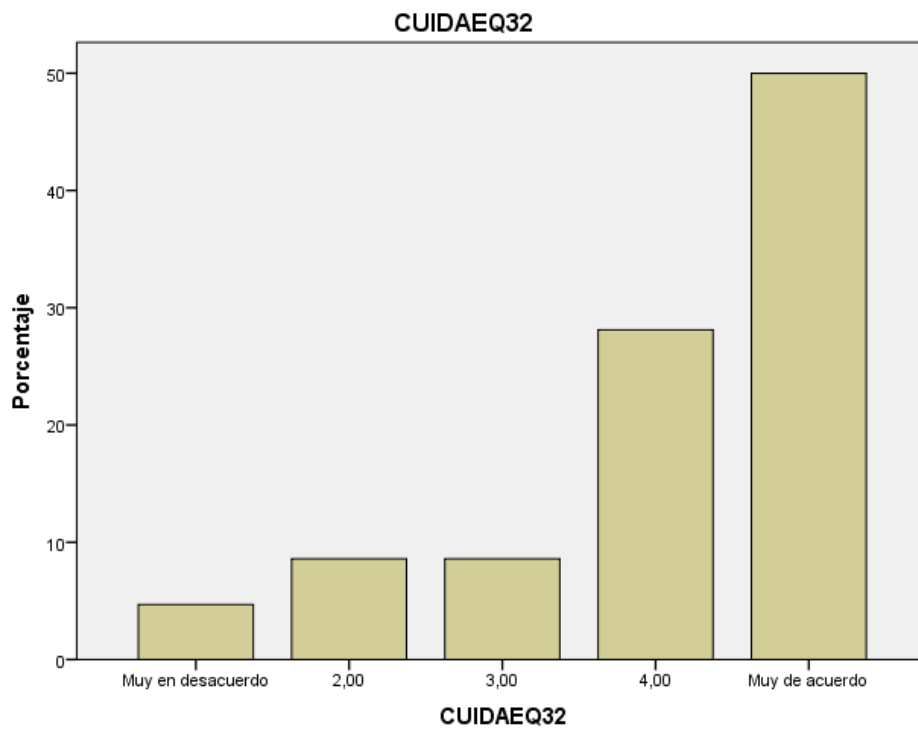
**ITEM 29.** Las mujeres tienen mayor capacidad para ser cuidadoras de personas dependientes que los hombres.



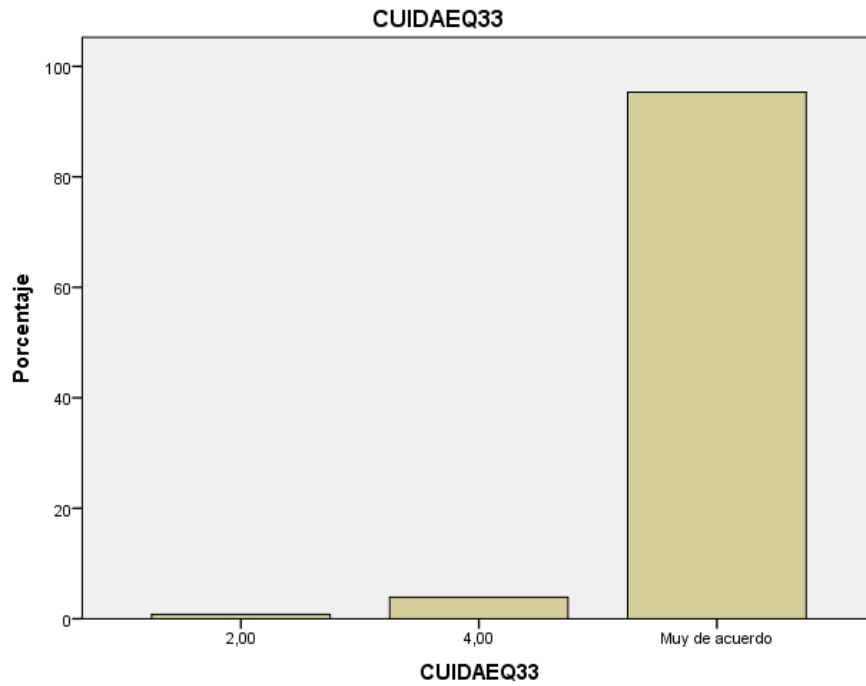
**ITEM 30.** Que una persona cuidadora reclame que sus necesidades son tan importantes como las de la persona cuidada es sinónimo de egoísmo



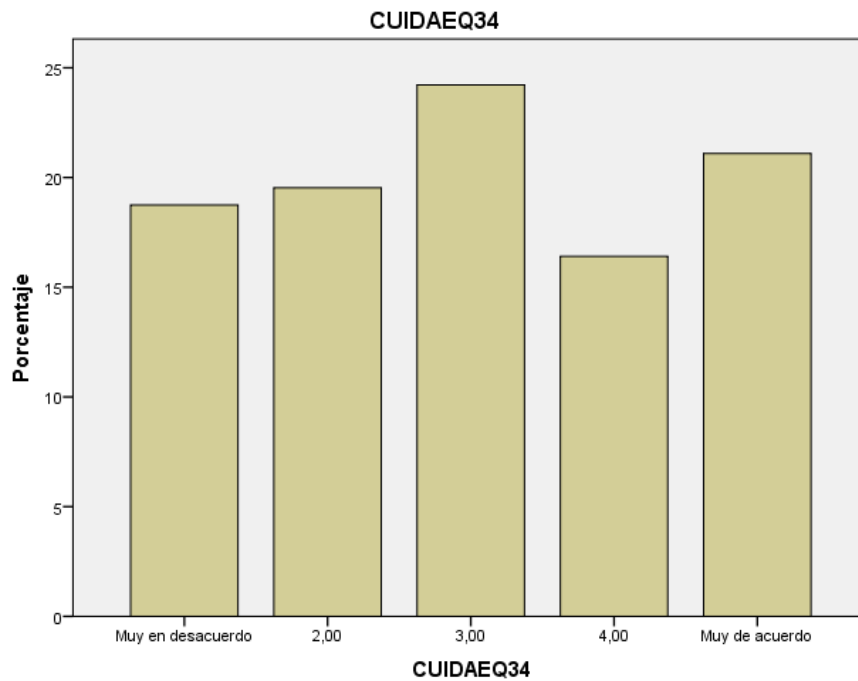
**ITEM 32.** El cariño es suficiente para garantizar cuidados de calidad a la persona dependiente.



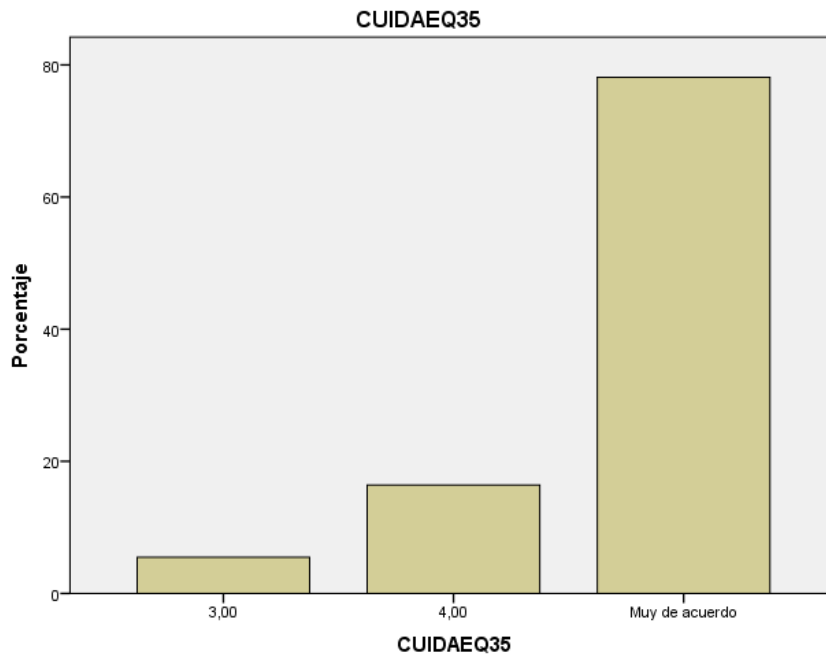
**ITEM 33.** Es un signo de debilidad personal si un hombre expresa sus emociones.



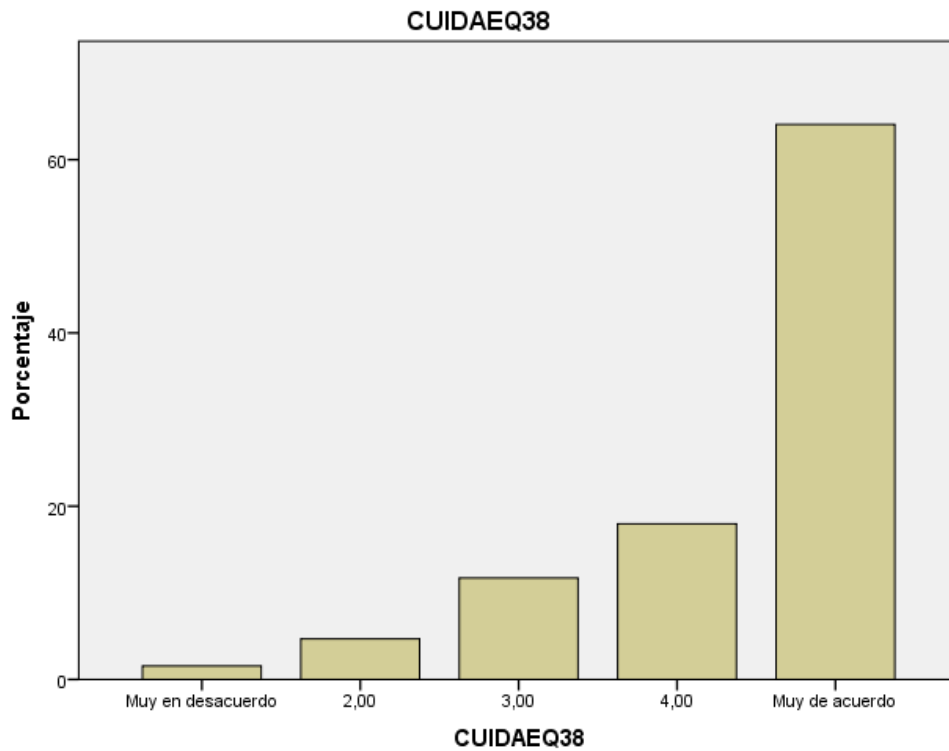
**ITEM 34.** Las parejas tienen la obligación de cuidarse mutuamente en caso de que uno de los dos esté en situación de dependencia.



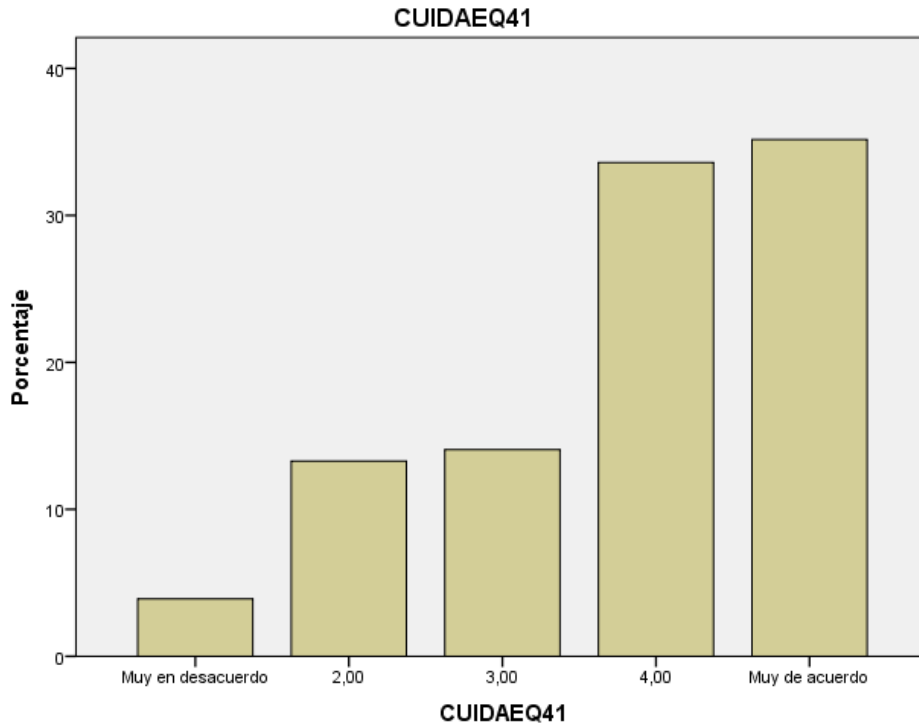
**ITEM 35.** Cuidar de una persona dependiente es menos agotador que una jornada laboral.



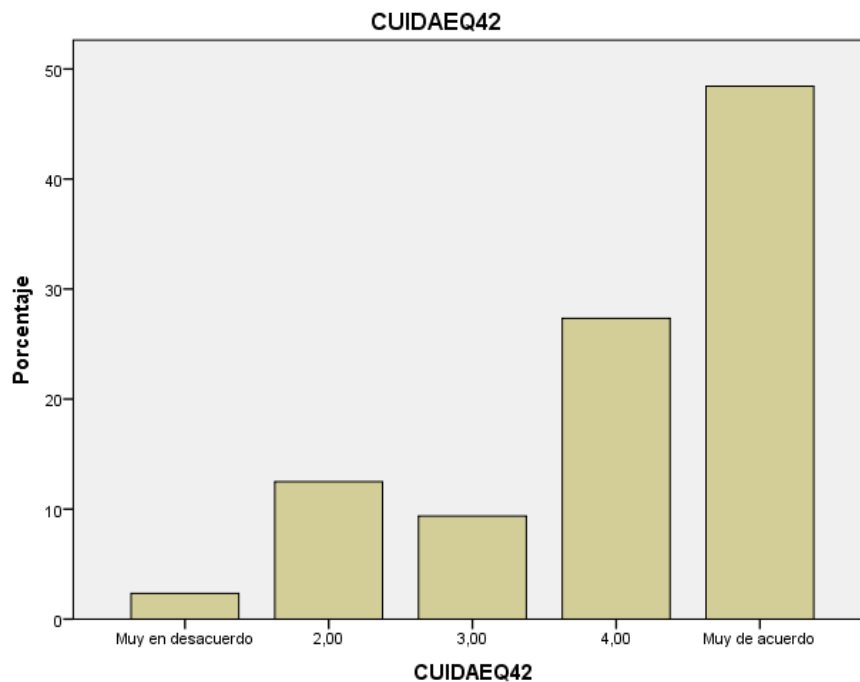
**ITEM 38.** Negarse a cuidar a un familiar en casa es sinónimo de ser mala persona.



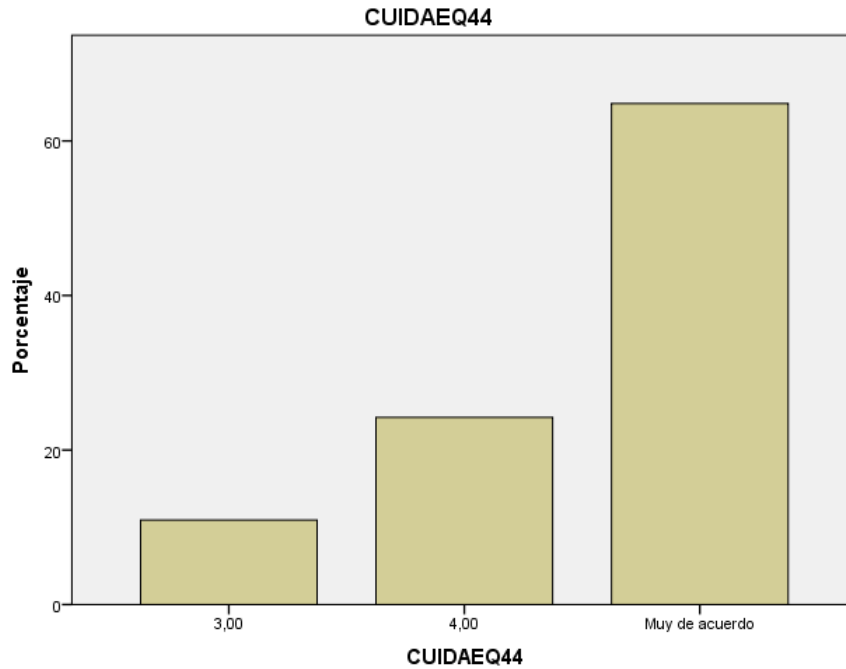
**ITEM 41.** Los familiares que cuidan personalmente de la persona mayor son los únicos que pueden valorar con objetividad los cuidados y tratamientos que debe recibir.



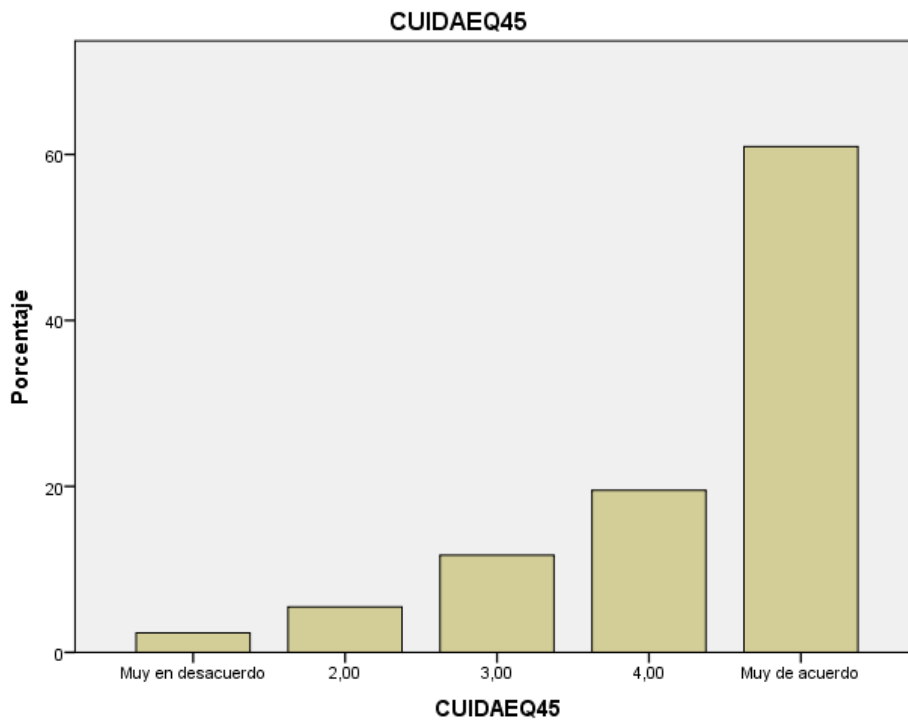
**ITEM 42.** Una persona que trabaja fuera del hogar no puede ser una persona cuidadora comprometida de una persona dependiente.



**ITEM 44.** Cuando se acepta la responsabilidad del cuidado de un familiar en situación de dependencia, tiene que mantenerse inflexible hasta el final de sus días.

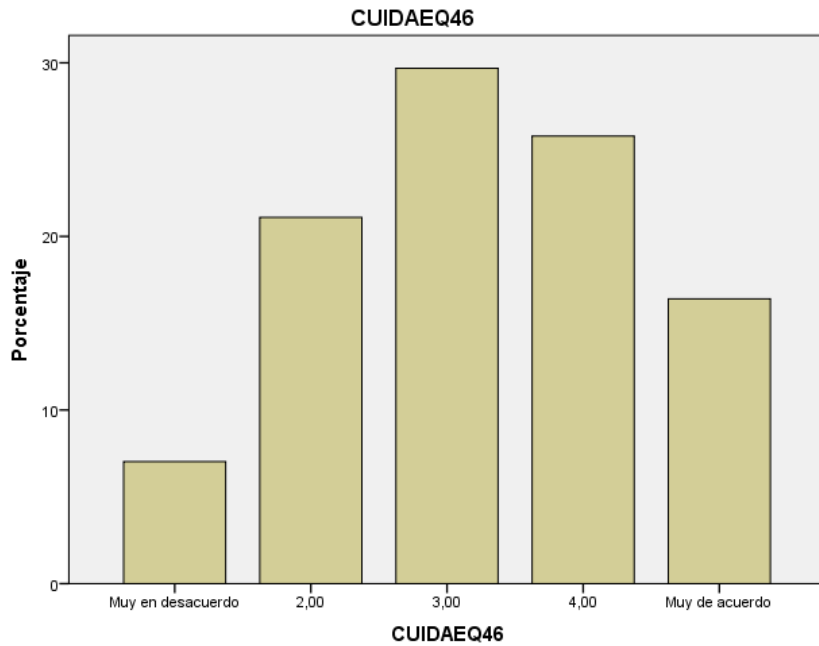


**ITEM 45.** Es normal que las personas cuidadoras principales se auto-mediquen.

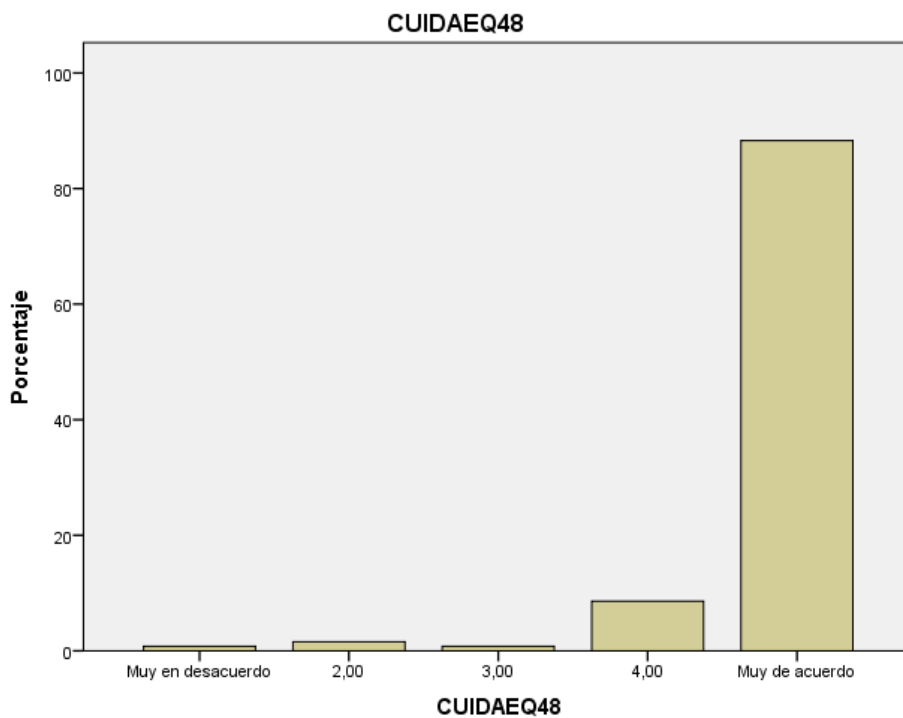




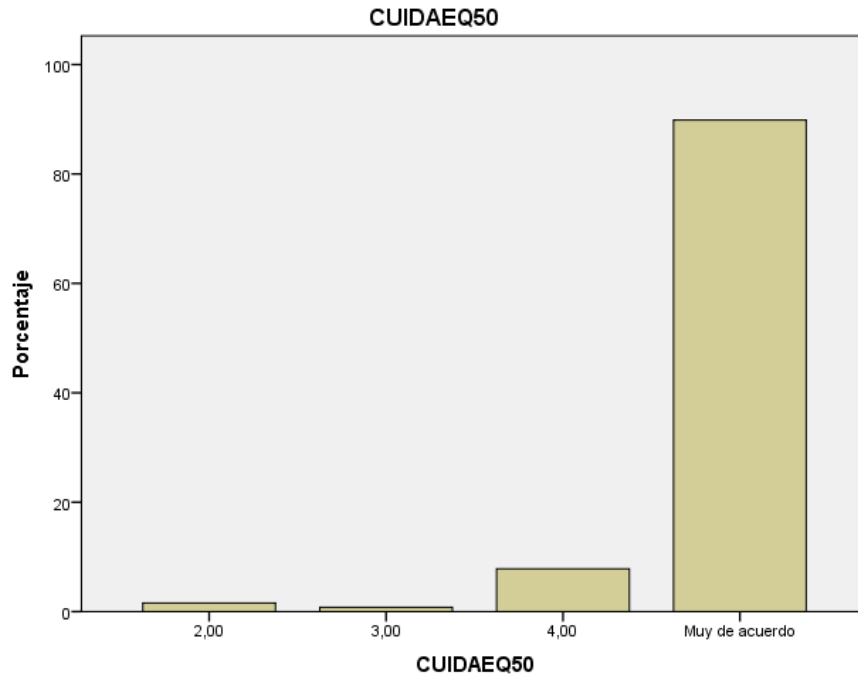
**ITEM 46.** Si la persona dependiente muestra dificultades para aceptar los nuevos cambios y costumbres, siempre es preferible que sea la persona cuidadora principal la que se adapte.



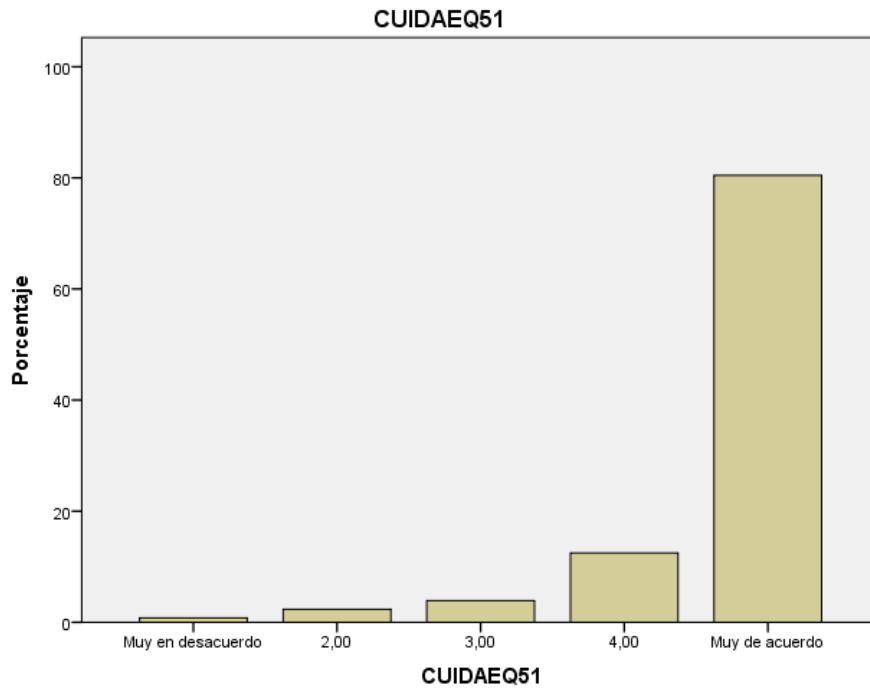
**ITEM 48.** Cuando las personas contratan servicios u otras personas para cuidar a su familiar es una forma de abandono.



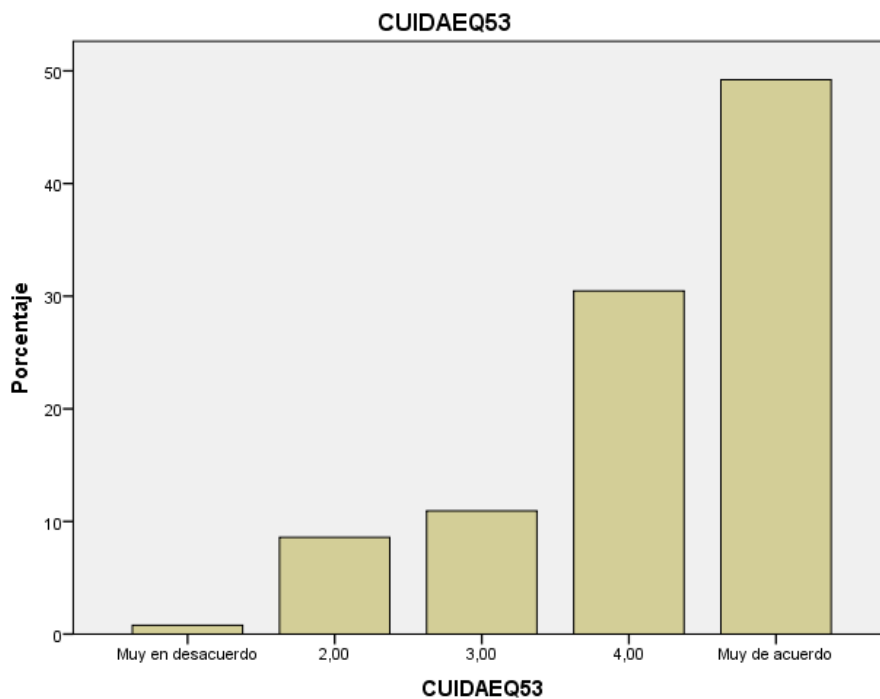
**ITEM 50.** Es mucho mejor si el varón se encarga de las tareas fuera del hogar y la mujer cuida de la casa y de los familiares dependientes.



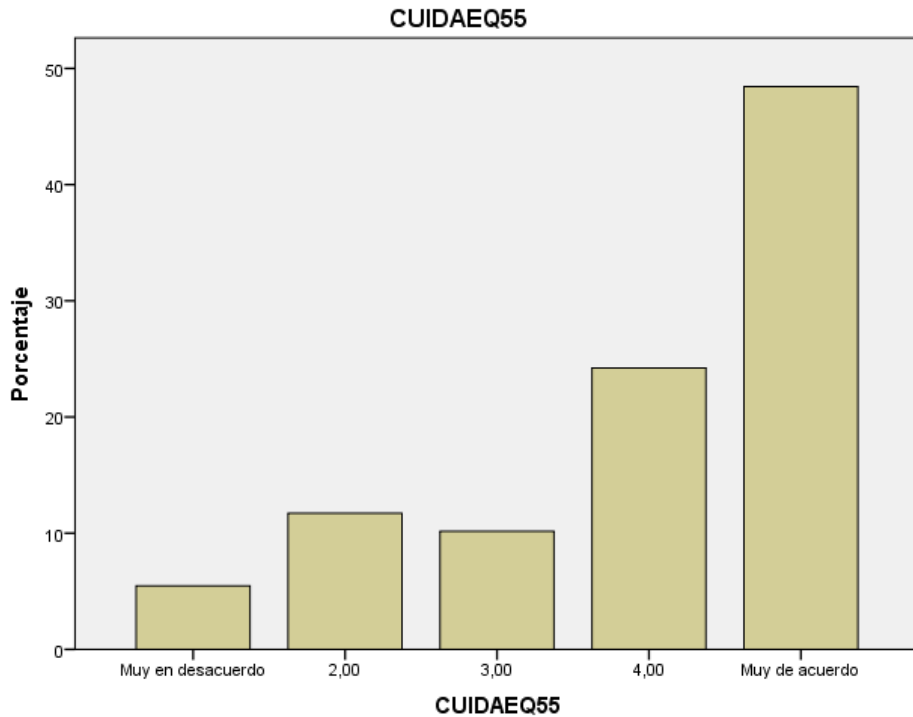
**ITEM 51.** Las familias que envían a sus mayores a una residencia en realidad lo que quieren es deshacerse de su familiar dependiente.



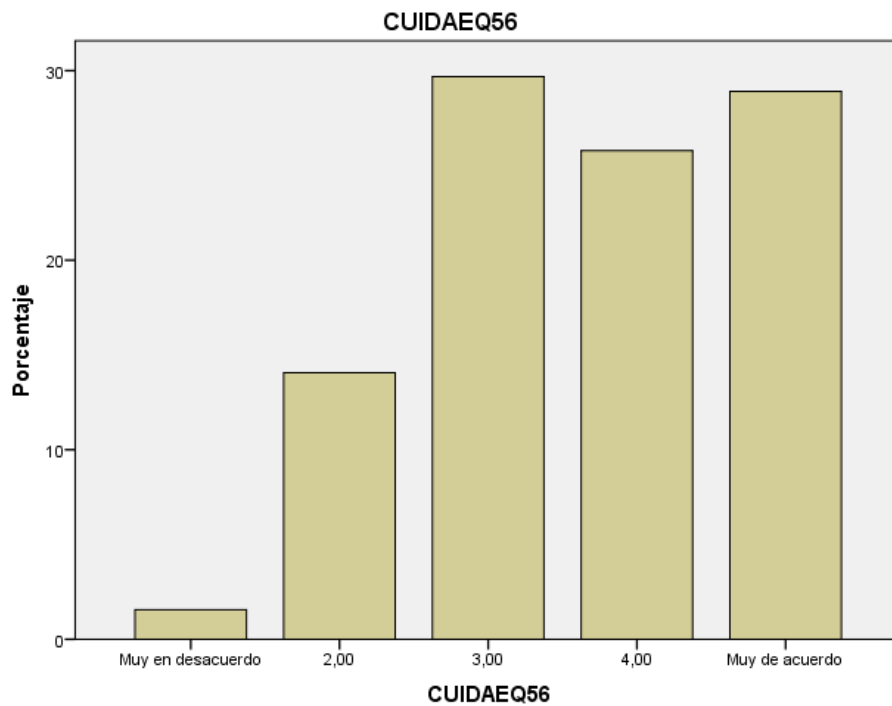
**ITEM 53.** Cualquier persona puede cuidar de una persona dependiente sin necesidad de tener formación específica sobre el manejo de la enfermedad.



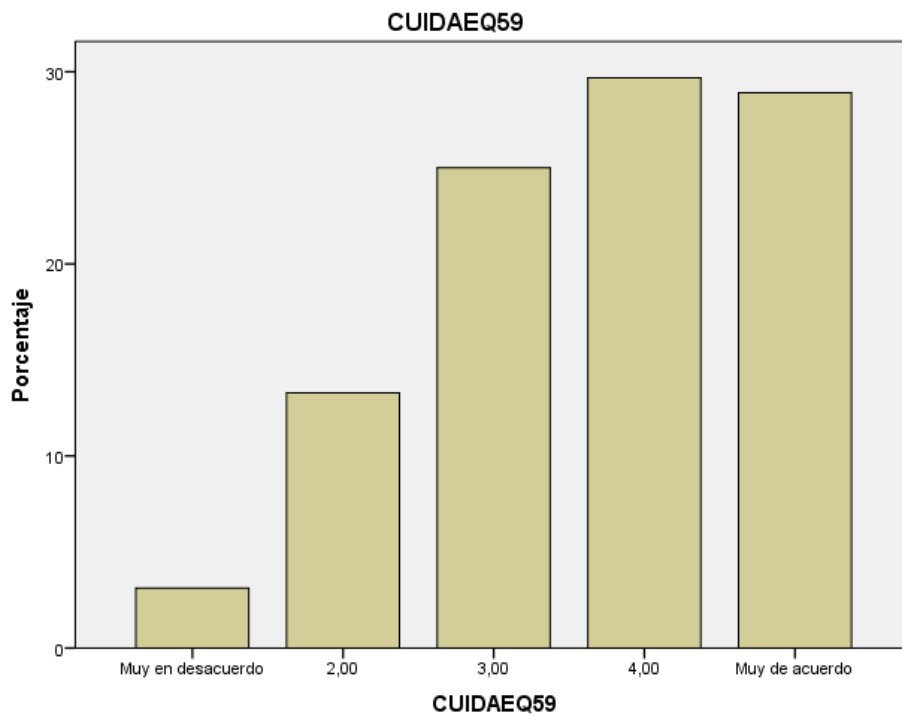
**ITEM 55.** Cumplir con todas las demandas de la persona dependiente significa ser mejor cuidador.



**ITEM 56.** Los cuidados en casa son siempre mejores que los que se pueden brindar en una institución.



**ITEM 59.** Siempre es preferible que sea la persona cuidadora principal la que modifique su vida y se traslade al domicilio de la persona.



### b) Actitudes de diferencias de Género

Las actitudes acerca de la existencia de diferencias de género entre hombres y mujeres tanto en el ámbito público (creencias que apoyan que los hombres deberían tener una mayor presencia en el ámbito público y social) como en el privado (creencias que apoyan que las mujeres deberían tener una mayor presencia en el ámbito privado-hogar) salen **bajas**.

	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>
Público	11,16	6,14
Privado	6,15	3,07

### c) Pensamientos Disfuncionales hacia el cuidado

Los **pensamientos disfuncionales totales** acerca del cuidado de familiares en situación de dependencia reflejan unas puntuaciones medias **bajas**. Sin embargo, observamos diferencias en las distintas subescalas. Por un lado, los **pensamientos disfuncionales de entrega-aislamiento** del cuidador muestran puntuaciones **bajas**. En cambio, los pensamientos disfuncionales de **autoexigencia emocional y responsabilidad** del cuidador se encuentran **rozando lo disfuncional**.

	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>
Entrega-Aislamiento	4,32	5,44
Autoexigencia emocional-responsabilidad	7,49	5,87
Total	11,81	5,55

#### **d) Estereotipos hacia personas mayores**

Los estereotipos hacia las personas mayores de los profesionales sociosanitarios entrevistados se encuentran a niveles similares en salud, motivación-social y personalidad-carácter, encontrándose a niveles **moderados**.

	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>
Salud	8,82	3,45
Motivación-social	8,92	3,14
Personalidad-carácter	9,59	3,37
Totales	27,34	9,12

#### d) Estrés Laboral

Los elementos de contenido de trabajo muestran **niveles moderados** tanto en control, exigencias, como apoyo social

	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>
Control	25,14	2,96
Exigencias	20,49	3,98
Apoyo social	28,58	5,51
Totales	74,14	7,43

#### e) Burnout

Los niveles de burnout de los participantes son **bajos** observándose niveles bajos de agotamiento emocional y despersonalización, mientras que los niveles de realización personal son adecuados.

	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>
Agotamiento Emocional	13,94	9,45
Despersonalización	4,90	4,49
Realización Personal	41,27	7,36

### f) Calidad de Vida del Profesional

Los niveles de la calidad de vida son **moderados**, siendo el aspecto en el que se puntúa más elevado el apoyo social.

	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>
Contenido	51,93	18,08
Motivación	69,28	7,87
Apoyo	85,41	24,04
Total	207,45	32,80

En la siguiente tabla 32. se presenta un esquema de las variables evaluadas y la interpretación de los resultados (se marca con una flecha escala con niveles disfuncionales):

Tabla 32. Variables evaluadas

<b>Variable</b>	<b>Subescala</b>	<b>Interpretación</b>
Actitudes Modelo Equilibrado	Afrontamiento Apropiado Género	Moderado Moderado
Pensamientos disfuncionales	Entrega- Aislamiento Autoexigencia emocional	Bajos Próximo a lo disfuncional
Actitudes diferencias de género	Públicas Privadas	Bajos Bajos
Estereotipos Negativos Hacia personas mayores	Motivación-social Personalidad-carácter Salud	Bajos Bajos Bajos
Contenido de trabajo (estrés laboral)	Control Apoyo Gerente Exigencias	Bajo Bajo Bajo
Burnout	Agotamiento emocional Despersonalización Realización personal	Bajo Bajo Medio
Calidad de Vida del Profesional	Motivación Contenido Apoyo	Moderado Moderado Moderado



## 4.2. DIFERENCIAS EN LAS VARIABLES OBJETIVO EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

Se analizó si existían diferencias significativas en las variables a estudiar en función de las variables sociodemográficas sexo, edad y las variables laborales experiencia laboral y tipo de profesional sociosanitario. Para ello, se llevaron a cabo análisis descriptivos (medias y frecuencias), diferencias de medias (t student) para analizar si había diferencias en las puntuaciones en función del sexo, ANOVAs de un factor para analizar diferencias en función del tipo de profesión sociosanitaria y correlaciones de Pearson para analizar las relaciones entre las variables estudiadas y la edad. Los resultados encontrados se describen a continuación

### a) Género

Solo se encontraron diferencias significativas en función del sexo en dos variables:

Por un lado, en actitudes de género público ( $t = -3,619$ ;  $p < 0,001$ ), las mujeres ( $M = 11,93$ ;  $DT = 6,08$ ) puntuaron más alto los varones ( $M = 7,61$ ;  $DT = 5,17$ ). Es decir, **las mujeres se mostraban más de acuerdo con la afirmación que plantea que los hombres deben tener una mayor presencia que las mujeres en el ámbito público-social.**

Asimismo, también se observaron diferencias en la calidad de vida profesional ( $t = -2,413$ ;  $p < 0,05$ ), en concreto, en motivación laboral donde las mujeres ( $M = 11,93$ ;  $DT = 6,08$ ) puntuaron más alto que los varones ( $M = 11,93$ ;  $DT = 6,08$ ). Es decir, **las mujeres se mostraron más motivadas con su trabajo sociosanitario que los hombres.**

### b) Edad

No se observó relación de la edad con ninguna de las variables estudiadas.

### c) Experiencia con personas mayores

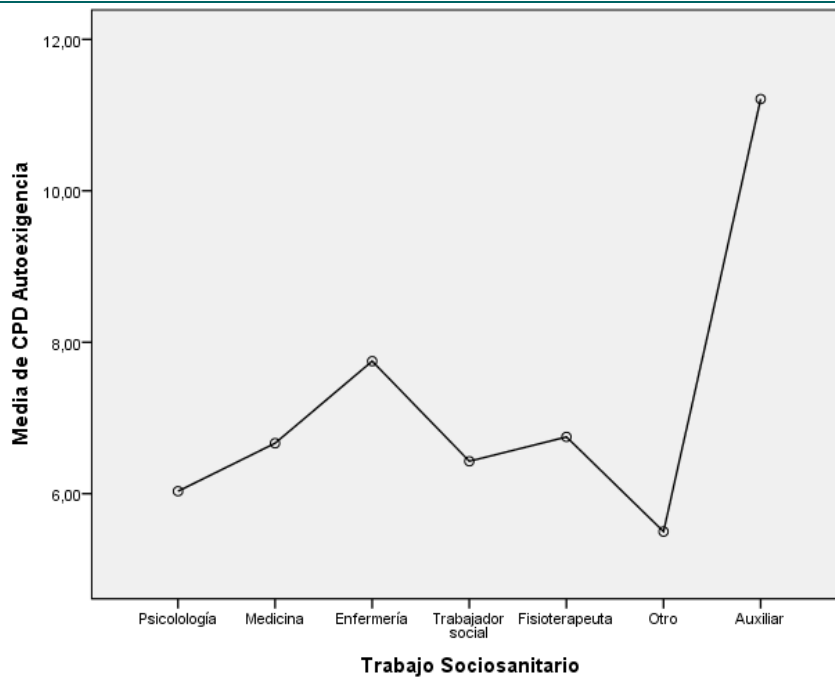
La experiencia profesional con personas mayores correlacionó significativamente con: **pensamientos disfuncionales de entrega** ( $r = -,217$ ;  $p <,001$ ), **autoexigencia** ( $r = -,197$ ;  $p <,001$ ) y **totales** ( $r = -,222$ ;  $p <,001$ ), **estereotipos hacia personas mayores de salud** ( $r = -,217$ ;  $p <,001$ ), **motivación** ( $r = -,224$ ;  $p <,001$ ) y **personalidad** ( $r = -,228$ ;  $p <,001$ ) y estrés laboral, en concreto, aspectos relacionados con el **contenido laboral** ( $r = -,215$ ;  $p <,001$ ) y **motivación laboral** ( $r = ,312$ ;  $p <,001$ ).

### **c) Profesión sociosanitaria**

Al comparar si había diferencias en los resultados en función de la profesión sanitaria de los participantes, se observaron diferencias en las siguientes variables:

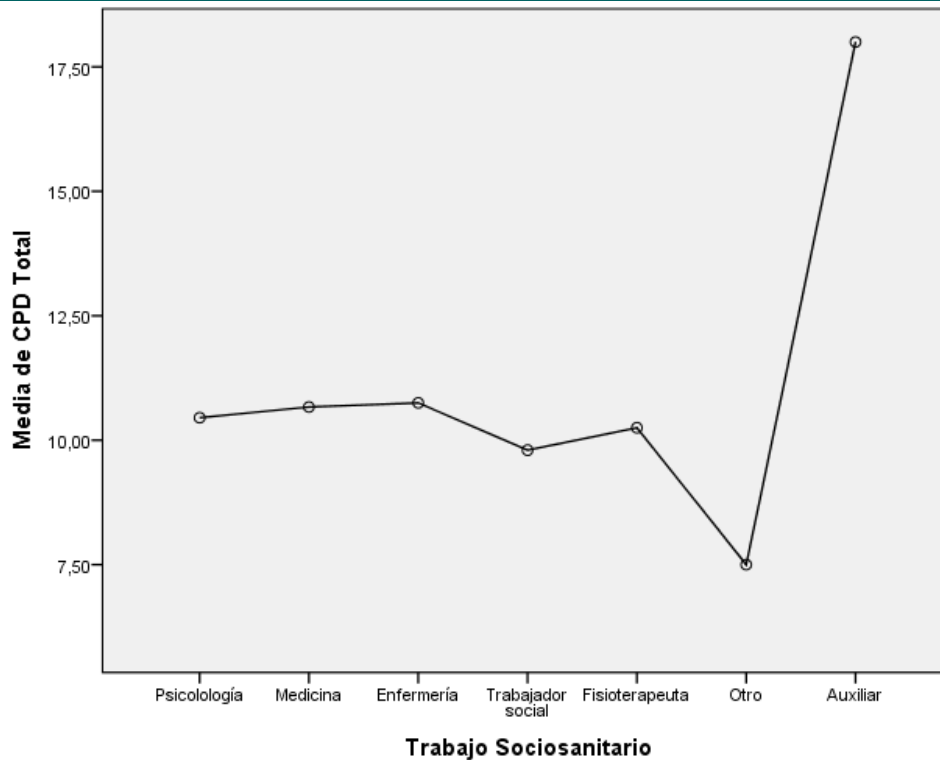
#### **c.1. Pensamientos disfuncionales de autoexigencia emocional-responsabilidad** ( $F=3,446$ ; $p < 0,01$ )

Como se puede ver en la gráfica, **los profesionales que puntúan más alto en autoexigencia emocional-responsabilidad del cuidador son los auxiliares de enfermería**, ubicándose estas puntuaciones dentro de lo disfuncional. Posteriormente, ya dentro de lo funcional, encontramos a enfermeros, fisioterapeutas, médicos, trabajadores sociales. Por último, los psicólogos son los profesionales sociosanitarios que tienen menos pensamientos disfuncionales de este tipo.



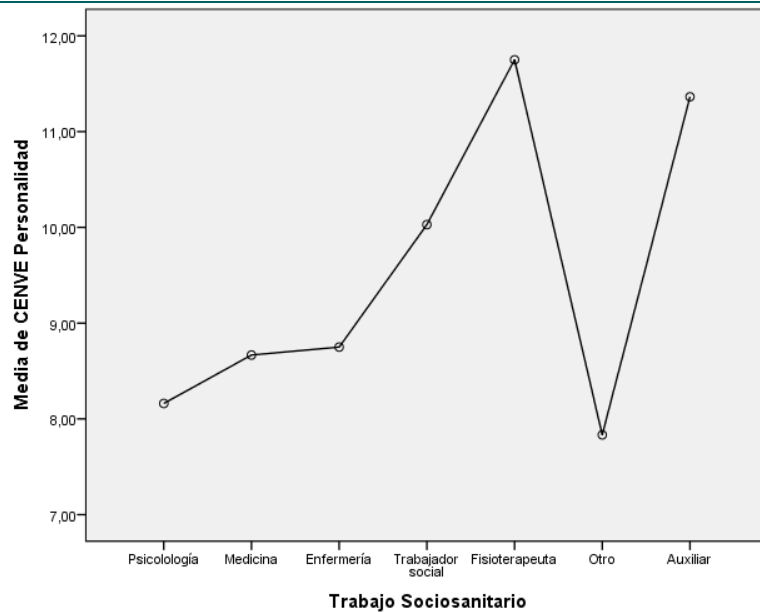
### c.2. Pensamientos disfuncionales totales ( $F=2,994$ ; $p<0,01$ )

Nuevamente, encontramos que los profesionales sociosanitarios que tienen **más pensamientos disfuncionales totales son los auxiliares con puntuaciones muy elevadas**. El resto de profesionales tiene puntuaciones bajas como se puede ver en el gráfico.



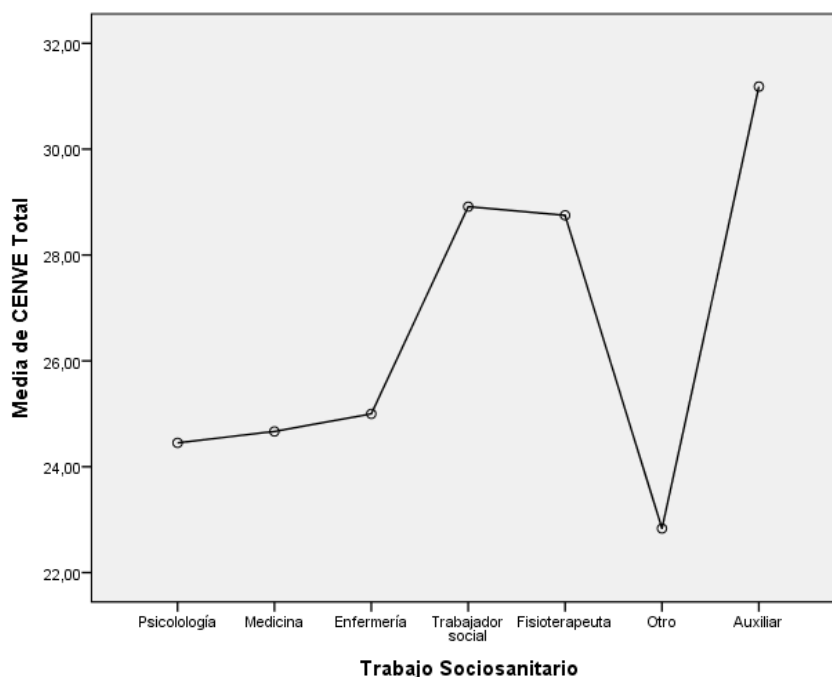
**c.3. Estereotipos negativos hacia personas mayores de personalidad** ( $F=4,311$ ;  $p<0,001$ )

Los profesionales que mostraron mayores estereotipos negativos acerca de la personalidad de las personas mayores (ej: son cascarrabias) fueron los fisioterapeutas seguido de los auxiliares y trabajadores sociales. En cambio, los psicólogos, médicos y enfermeros mostraron puntuaciones significativamente inferiores.



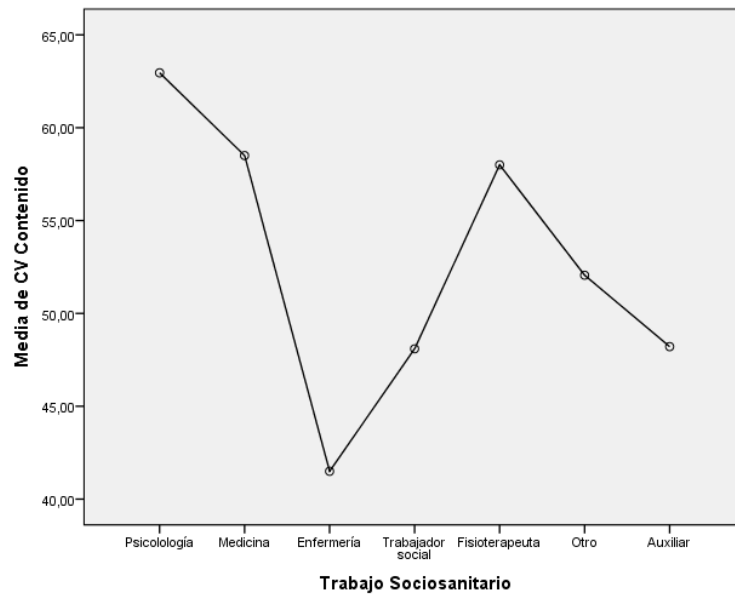
**c.4. Estereotipos negativos hacia personas mayores totales ( $F=2,702$ ;  $p<0,01$ )**

Al igual que con anterioridad, los auxiliares, fisioterapeutas y trabajadores sociales muestran estereotipos hacia las personas mayores (puntuaciones totales) muy elevados. En cambio, los psicólogos, médicos y enfermeros mostraron puntuaciones significativamente inferiores.



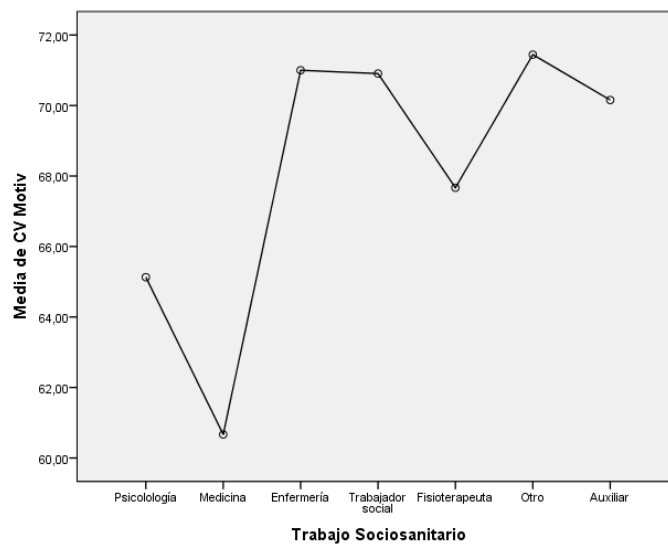
**c.5. Calidad de vida profesional (contenido trabajo)** ( $F=2,384$ ;  $p<0,05$ )

Los profesionales más satisfechos con el contenido de su trabajo son los psicólogos, seguido de médicos y fisioterapeutas. En cambio, los que muestran menor satisfacción son los enfermeros, seguido de trabajadores sociales y auxiliares.



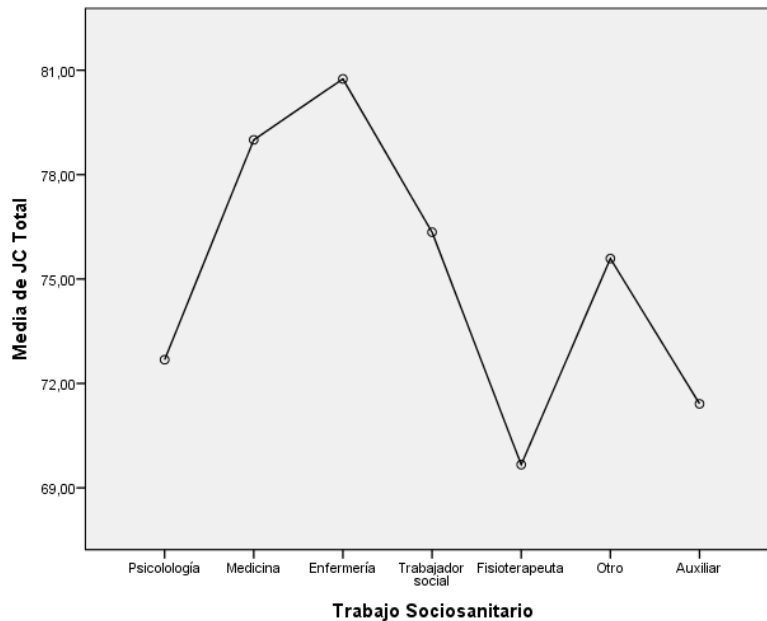
**c.6. Calidad de vida profesional (motivación trabajo)** ( $F=2,407$ ;  $p<0,05$ )

Los profesionales con mayor motivación son los enfermeros, trabajadores sociales y auxiliares. En cambio, los médicos, psicólogos son los que puntúan más bajo.



**c.7. Estrés Laboral** ( $F=2,345$ ;  $p<0,05$ )

Los profesionales con mayores niveles de estrés laboral son (en orden), enfermeros, médicos, otros (entre los que se incluye dirección de residencias) y auxiliares.



En la siguiente tabla 33. se resumen los resultados encontrados:

Sexo	Edad	Experiencia	Profesión sociosanitaria
Mujeres tienen mayor motivación por su trabajo	No influye en resultados	Personas con más experiencia profesional tienen menos pensamientos disfuncionales de entrega-aislamiento y autoexigencia emocional-responsabilidad	Pensamientos disfuncionales mayores en auxiliares tanto totales como de exigencia emocional-responsabilidad
Mujeres más de acuerdo con que los hombres deben tener mayor presencia en el ámbito público y social		Personas con más experiencia profesional tienen menos estereotipos hacia las personas mayores acerca de la salud, personalidad y motivación	Estereotipos negativos hacia las personas mayores de personalidad y totales superiores en fisioterapeutas, auxiliares y trabajadores sociales
		Personas con más experiencia profesional tienen menos estrés laboral (menos malestar asociado al contenido del trabajo y más motivación)	Más satisfacción con el contenido del trabajo en médicos y psicólogos Más motivación laboral en enfermería, trabajo social y auxiliares
			Calidad de vida (motivación)
			Más estrés laboral en médicos y enfermeros

### 4.3. RELACIÓN ENTRE VARIABLES

Para analizar la relación entre las variables objetivo se llevaron a cabo correlaciones de Pearson. Los resultados fueron los siguientes:

#### a) ACTITUDES FAVORABLES AL CUIDADO EQUILIBRADO

Las personas que tenían **ACTITUDES FAVORABLES HACIA UN CUIDADO EQUILIBRADO EN IGUALDAD DE GÉNERO** además puntuaron más alto en actitudes generales hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $r = ,861$ ;  $p < ,001$ ), actitudes favorables hacia un cuidado equilibrado donde haya un afrontamiento apropiado donde se fomenten los autocuidados y la conciliación ( $r = ,621$ ;  $p < ,001$ ) y realización personal ( $r = ,338$ ;  $p < ,001$ ). Por otra parte, mostraron menores niveles de pensamientos disfuncionales relacionados con la autoexigencia ( $r = -,423$ ;  $p < ,001$ ), pensamientos disfuncionales relacionados con la entrega ( $r = -,501$ ;  $p < ,001$ ), pensamientos disfuncionales totales ( $r = -,495$ ;  $p < ,001$ ), creencias de que debería haber diferencias de género a nivel público ( $r = -,654$ ;  $p < ,001$ ), y privado ( $r = -,612$ ;  $p < ,001$ ), estereotipos negativos hacia personas mayores de salud ( $r = -,494$ ;  $p < ,001$ ), estereotipos negativos hacia personas mayores de motivación-social ( $r = -,396$ ;  $p < ,001$ ), estereotipos negativos hacia personas mayores de personalidad-carácter ( $r = -,478$ ;  $p < ,001$ ) y estereotipos negativos hacia personas mayores de totales ( $r = -,500$ ;  $p < ,001$ ).

Las personas que tenían **ACTITUDES FAVORABLES HACIA UN CUIDADO EQUILIBRADO EN AFRONTAMIENTO APROPIADO BASADO EN AUTOCUIDADOS Y CONCILIACIÓN** además puntuaron más alto en actitudes generales hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $r = ,933$ ;  $p < ,001$ ), actitudes favorables hacia un cuidado equilibrado que fomente la igualdad de género ( $r = ,621$ ;  $p < ,001$ ) y realización personal ( $r = ,316$ ;  $p < ,01$ ). Por otra parte, mostraron menores niveles de pensamientos disfuncionales relacionados con la autoexigencia ( $r = -,642$ ;  $p < ,001$ ), pensamientos disfuncionales relacionados con la entrega ( $r = -,707$ ;  $p < ,001$ ), pensamientos disfuncionales totales ( $r = -,724$ ;  $p < ,001$ ), creencias de que debería haber diferencias de género a nivel público ( $r = -,517$ ;  $p < ,001$ ), y privado ( $r = -,501$ ;  $p < ,001$ ), estereotipos negativos hacia personas



---

mayores de salud ( $r = -.524$  ;  $p < .001$ ), estereotipos negativos hacia personas mayores de motivación-social ( $r = -.459$ ;  $p < .001$ ), estereotipos negativos hacia personas mayores de personalidad-carácter ( $r = -.500$ ;  $p < .001$ ) y estereotipos negativos hacia personas mayores de totales ( $r = -.541$  ;  $p < .001$ ) y burnout-despersonalización ( $r = -.194$ ;  $p < .05$ ).

Las personas que tenían **ACTITUDES FAVORABLES HACIA UN CUIDADO EQUILIBRADO TOTAL** además puntuaron más alto en actitudes generales hacia el modelo de cuidado equilibrado con un afrontamiento basado en autocuidados y conciliación ( $r = .933$ ;  $p < .001$ ) y actitudes favorables hacia un cuidado equilibrado que fomente la igualdad de género ( $r = .861$ ;  $p < .001$ ) y realización personal ( $r = .358$ ;  $p < .001$ ). Por otra parte, mostraron menores niveles de pensamientos disfuncionales relacionados con la autoexigencia ( $r = -.610$ ;  $p < .001$ ), pensamientos disfuncionales relacionados con la entrega ( $r = -.688$ ;  $p < .001$ ), pensamientos disfuncionales totales ( $r = -.696$  ;  $p < .001$ ), creencias de que debería haber diferencias de género a nivel público ( $r = -.635$ ;  $p < .001$ ), y privado ( $r = -.608$ ;  $p < .001$ ), estereotipos negativos hacia personas mayores de salud ( $r = -.537$ ;  $p < .001$ ), estereotipos negativos hacia personas mayores de motivación-social ( $r = -.479$ ;  $p < .001$ ), estereotipos negativos hacia personas mayores de personalidad-carácter ( $r = -.543$ ;  $p < .001$ ) y estereotipos negativos hacia personas mayores de totales ( $r = -.580$ ;  $p < .001$ ) y burnout-agotamiento emocional ( $r = -.358$ ;  $p < .05$ ).

En la tabla 34 se puede ver de manera esquemática los resultados encontrados:

Tabla 34. Resumen resultados

A más Actitudes de Género hacia el Cuidado Equilibrado		A más Actitudes de Afrontamiento hacia los autocuidados y conciliación		A más Actitudes de Cuidado Equilibrado Totales	
Más	Menos	Más	Menos	Más	Menos
Actitudes de Afrontamiento hacia los autocuidados y conciliación	Pensamientos Disfuncionales de Autoexigencia	Actitudes de Afrontamiento hacia los autocuidados y Conciliación	Pensamientos Disfuncionales de Autoexigencia	Actitudes de Afrontamiento hacia los autocuidados y conciliación	Pensamientos Disfuncionales de Autoexigencia
Si aumentan Actitudes de Cuidado Equilibrado Totales	Pensamientos Disfuncionales de Entrega	Si aumentan Actitudes de Cuidado Equilibrado Totales	Pensamientos Disfuncionales de Entrega	Si aumentan Actitudes de Cuidado Equilibrado Totales	Pensamientos Disfuncionales de Entrega
Realización personal	Pensamientos Disfuncionales Totales	Realización personal	Pensamientos Disfuncionales Totales	Realización personal	Pensamientos Disfuncionales Totales
	Creencias en diferencias de género en el ámbito público		Creencias en diferencias de género en el ámbito público		Creencias en diferencias de género en el ámbito público
	Creencias en diferencias de género en el ámbito privado		Creencias en diferencias de género en el ámbito privado		Creencias en diferencias de género en el ámbito privado
	Estereotipos hacia personas mayores de salud, personalidad, motivación y totales		Estereotipos hacia personas mayores de salud, personalidad, motivación y totales		Estereotipos hacia personas mayores de salud, personalidad, motivación y totales
			Burnout-Despersonalización		Burnout-Agotamiento emocional

## b) PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES HACIA EL CUIDADO

Las personas que tenían PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES DE AUTOEXIGENCIA además puntuaron más alto en pensamientos disfuncionales relacionados con la entrega ( $r = ,730$ ;  $p < ,001$ ), pensamientos disfuncionales totales ( $r = ,936$ ;  $p < ,001$ ), creencias de que debería haber diferencias de género a nivel público ( $r = ,456$ ;  $p < ,001$ ), y privado ( $r = ,336$ ;  $p < ,05$ ) y más estereotipos hacia personas mayores de salud ( $r = ,589$ ;  $p < ,001$ ), motivación ( $r = ,475$ ;  $p < ,001$ ), personalidad ( $r = ,565$ ;  $p < ,001$ ) y totales ( $r = ,595$ ;  $p < ,001$ ). En contraste, a más pensamientos disfuncionales se observaron menos actitudes generales hacia el

modelo de cuidado equilibrado ( $r = -,610$ ;  $p < ,001$ ), actitudes favorables hacia un cuidado equilibrado donde haya un afrontamiento apropiado donde se fomenten los autocuidados y la conciliación ( $r = -,642$ ;  $p < ,001$ ) y actitudes a favor de la igualdad de género en los cuidados ( $r = -,423$ ;  $p < ,001$ ).

Las personas que tenían PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES DE ENTREGA además puntuaron más alto en pensamientos disfuncionales relacionados con la autoexigencia ( $r = ,730$ ;  $p < ,001$ ), pensamientos disfuncionales totales ( $r = ,924$ ;  $p < ,001$ ), creencias de que debería haber diferencias de género a nivel público ( $r = ,404$ ;  $p < ,001$ ), y privado ( $r = ,563$ ;  $p < ,001$ ) más estereotipos hacia personas mayores de salud ( $r = ,532$ ;  $p < ,001$ ), motivación ( $r = ,473$ ;  $p < ,001$ ), personalidad ( $r = ,512$ ;  $p < ,001$ ) y totales ( $r = ,553$ ;  $p < ,001$ ). En contraste, a más pensamientos disfuncionales se observaron menos actitudes generales hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $r = -,688$ ;  $p < ,001$ ), actitudes favorables hacia un cuidado equilibrado donde haya un afrontamiento apropiado donde se fomenten los autocuidados y la conciliación ( $r = -,707$ ;  $p < ,001$ ), actitudes a favor de la igualdad de género en los cuidados ( $r = -,501$ ;  $p < ,001$ ) y realización personal en el trabajo ( $r = -,223$ ;  $p < ,001$ ).

Las personas que tenían PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES TOTALES además puntuaron más alto en pensamientos disfuncionales relacionados con la autoexigencia ( $r = ,936$ ;  $p < ,001$ ), pensamientos disfuncionales de entrega ( $r = ,924$ ;  $p < ,001$ ), creencias de que debería haber diferencias de género a nivel público ( $r = ,413$ ;  $p < ,001$ ), y privado ( $r = ,478$ ;  $p < ,001$ ) y más estereotipos hacia personas mayores de salud ( $r = ,604$ ;  $p < ,001$ ), motivación ( $r = ,510$ ;  $p < ,001$ ), personalidad ( $r = ,580$ ;  $p < ,001$ ) y totales ( $r = ,618$ ;  $p < ,001$ ). En contraste, a más pensamientos disfuncionales se observaron menos actitudes generales hacia el modelo de cuidado equilibrado ( $r = -,696$ ;  $p < ,001$ ), actitudes favorables hacia un cuidado equilibrado donde haya un afrontamiento apropiado donde se fomenten los autocuidados y la conciliación ( $r = -,724$ ;  $p < ,001$ ) y actitudes a favor de la igualdad de género en los cuidados ( $r = -,495$ ;  $p < ,001$ ).

En la tabla 35 de la siguiente página se puede ver de manera esquemática los resultados encontrados:

## El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la dependencia: Posibilidad y desarrollo

Tabla 35. Resumen resultados

A Mayores Pensamientos Disfuncionales de Auto-Exigencia		A mayores Pensamientos Disfuncionales de Entrega		A mayores Pensamientos Disfuncionales Totales	
Más	Menos	Más	Menos	Más	Menos
Pensamientos Disfuncionales de Entrega	Actitudes de Cuidado Equilibrado Totales	Pensamientos Disfuncionales de Entrega	Actitudes De Cuidado Equilibrado Totales	Pensamientos Disfuncionales de Entrega	Actitudes de Cuidado Equilibrado Totales
Pensamientos Disfuncionales Totales	Actitudes de Cuidado Equilibrado Basado en Igualdad de Género	Pensamientos Disfuncionales Totales	Actitudes De Cuidado Equilibrado basado En igualdad De género	Pensamientos Disfuncionales Totales	Actitudes de Cuidado Equilibrado Basado en igualdad de Género
Creencias en diferencias de género en el ámbito público		Creencias en diferencias de género en el ámbito público	Realización personal	Creencias en diferencias de género en el ámbito público	
Creencias en diferencias de género en el ámbito privado		Creencias en diferencias de género en el ámbito privado		Creencias en diferencias de género en el ámbito privado	
Estereotipos hacia personas mayores de salud, motivación, personalidad y totals		Estereotipos hacia personas mayores de salud, motivación, personalidad y totals		Estereotipos hacia personas mayores de salud, motivación, personalidad y totals	

### c) CREENCIAS QUE APOYAN DIFERENCIAS DE GÉNERO

Las personas que muestran mayores niveles de CREENCIAS A FAVOR DE LA EXISTENCIA DE DIFERENCIAS DE GÉNERO A NIVEL PRIVADO además puntuaron más alto en creencias favorables a diferencias de género a nivel público ( $r=,465$ ;  $p<,001$ ), pensamientos disfuncionales de autoexigencia ( $r=,336$ ;  $p<,05$ ), pensamientos disfuncionales de entrega ( $r=,563$ ;  $p<,001$ ), pensamientos disfuncionales totales ( $r=,478$ ;  $p<,001$ ) y más estereotipos hacia personas mayores de salud ( $r= ,406$ ;  $p<,001$ ), motivación ( $r= ,408$ ;  $p<,001$ ), personalidad ( $r= ,382$ ;  $p<,001$ ) y totales ( $r=,435$ ;  $p<,001$ ). En contraste, se ha observado menos actitudes hacia un modelo de cuidado equilibrado en línea con la

igualdad de género ( $r=-,612$ ;  $p<,001$ ), afrontamiento que fomente el autocuidado y la conciliación ( $r=-,501$ ;  $p<,001$ ), y actitudes totales hacia un modelo de cuidado equilibrado ( $r=-,608$ ;  $p<,001$ ), motivación laboral ( $r= -,254$ ;  $p<,01$ ) y realización personal ( $r= -,254$ ;  $p<,01$ ) a mayores creencias de diferencia de género en el ámbito privado.

Las personas que muestran mayores niveles de CREENCIAS A FAVOR DE LA EXISTENCIA DE DIFERENCIAS DE GÉNERO A NIVEL PÚBLICO además puntuaron más alto en creencias favorables a diferencias de género a nivel privado ( $r=,465$ ;  $p<,001$ ), pensamientos disfuncionales de autoexigencia ( $r=,456$ ;  $p<,001$ ), pensamientos disfuncionales de entrega ( $r=,404$ ;  $p<,001$ ), pensamientos disfuncionales totales ( $r=,413$ ;  $p<,001$ ) y más estereotipos hacia personas mayores de salud ( $r= ,604$  ;  $p<,001$ ), motivación ( $r= ,510$  ;  $p<,001$ ), personalidad ( $r= ,580$  ;  $p<,001$ ) y totales ( $r= ,618$  ;  $p<,001$ ).. En contraste, se han observado menos actitudes hacia un modelo de cuidado equilibrado en línea con la igualdad de género ( $r=-,654$ ;  $p<,001$ ), afrontamiento que fomente el autocuidado y la conciliación ( $r=-,517$ ;  $p<,01$ ), y actitudes totales hacia un modelo de cuidado equilibrado ( $r=-,635$ ;  $p<,001$ ), satisfacción con el contenido de trabajo ( $r=-,254$ ;  $p<,01$ ) y motivación laboral ( $r=-,351$ ;  $p<,01$ ), a mayores creencias de diferencia de género en el ámbito privado.

## El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la dependencia: Posibilidad y desarrollo

En la tabla 36 se muestran los resultados obtenidos:

Tabla 36. Resumen resultados actitudes de diferencias de género

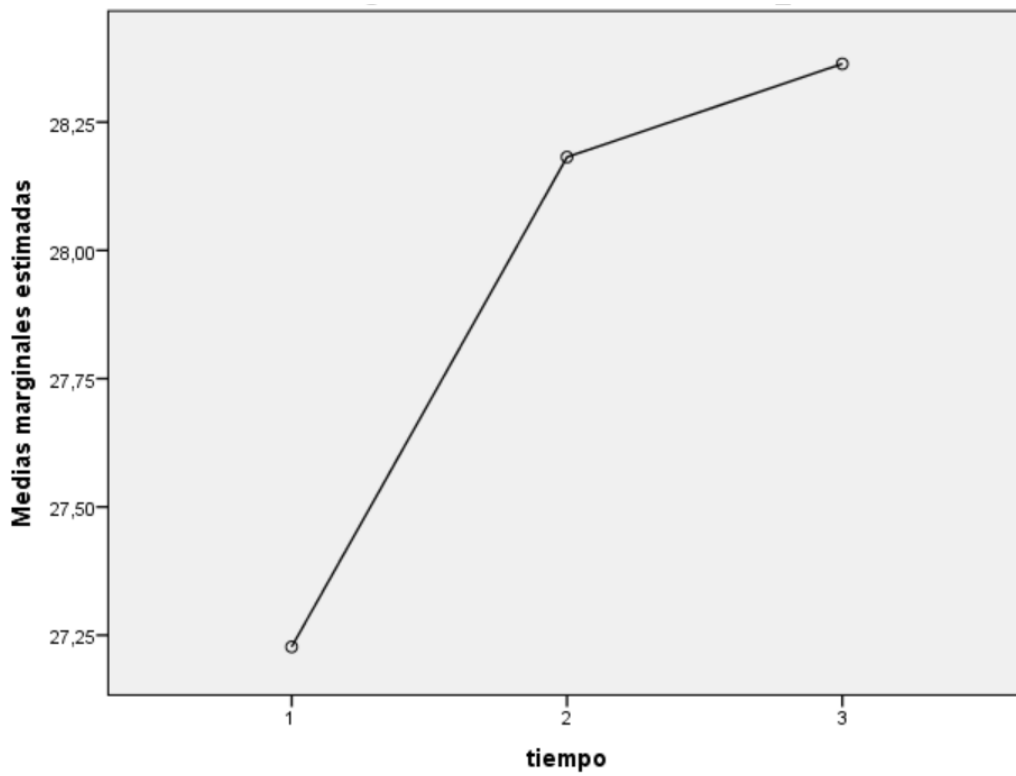
A más Creencias en diferencias de género en el ámbito privado		A más Creencias en diferencias de género en el ámbito público	
Más	Menos	Más	Menos
Creencias en diferencias de género en el ámbito público	Actitudes de Cuidado Equilibrado hacia un afrontamiento apropiado que fomente los autocuidados y la conciliación	Creencias en diferencias de género en el ámbito público	Actitudes de Cuidado Equilibrado hacia un afrontamiento apropiado que fomente los autocuidados y la conciliación
Pensamientos disfuncionales de autoexigencia	Actitudes de Cuidado Equilibrado en igualdad de género	Pensamiento disfuncional de autoexigencia	Actitudes de Cuidado Equilibrado en igualdad de género
Pensamientos disfuncionales de entrega	Actitudes de Cuidado Equilibrado Total	Pensamientos disfuncionales de entrega	Actitudes de Cuidado Equilibrado Total
Pensamientos disfuncionales totales	Motivación Laboral (calidad de vida profesional)	Pensamientos disfuncionales totales	Motivación Laboral y satisfacción con el contenido del trabajo (calidad de vida profesional)
Estereotipos negativos hacia personas mayores de salud, personalidad, motivación y totales	Realización personal	Estereotipos negativos hacia personas mayores de salud, personalidad, motivación y totales	

## 5. VALORACIÓN POST-INTERVENCIÓN

Para valorar la eficacia de la intervención se llevaron a cabo **ANOVAS medidas repetidas** con una muestra formada por 47 personas que habían contestado a la evaluación en dos tiempos (1= pre-intervención y 2= post-intervención) y 23 personas que contestaron en tres tiempos (1= pre-intervención y 2= post-intervención 3=seguimiento al mes de iniciar la intervención). Los resultados encontrados se muestran a continuación:

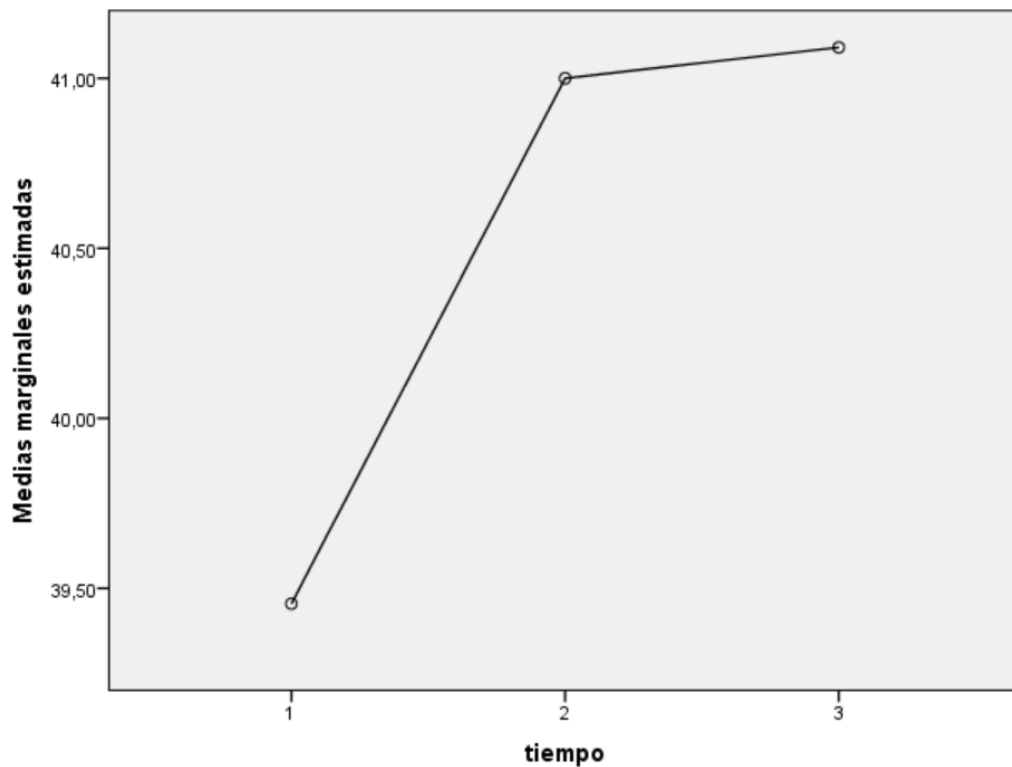
### a) Actitudes favorables al cuidado equilibrado

Los resultados muestran una **mejoría significativa** de las **actitudes hacia el cuidado equilibrado de género** ( $F= 4,118$ ;  $p<,05$ ;  $\eta^2=,164$ ), pasando de 27,23 puntos en el primer tiempo previo a la intervención (DT= 2,77), a 28,18 después de la intervención (DT=2,77) a 28,36 al mes de haber realizado la intervención (DT=3,01). Como se puede ver, no solo las puntuaciones han mejorado tras la intervención, sino que se han mantenido esos cambios en el seguimiento.

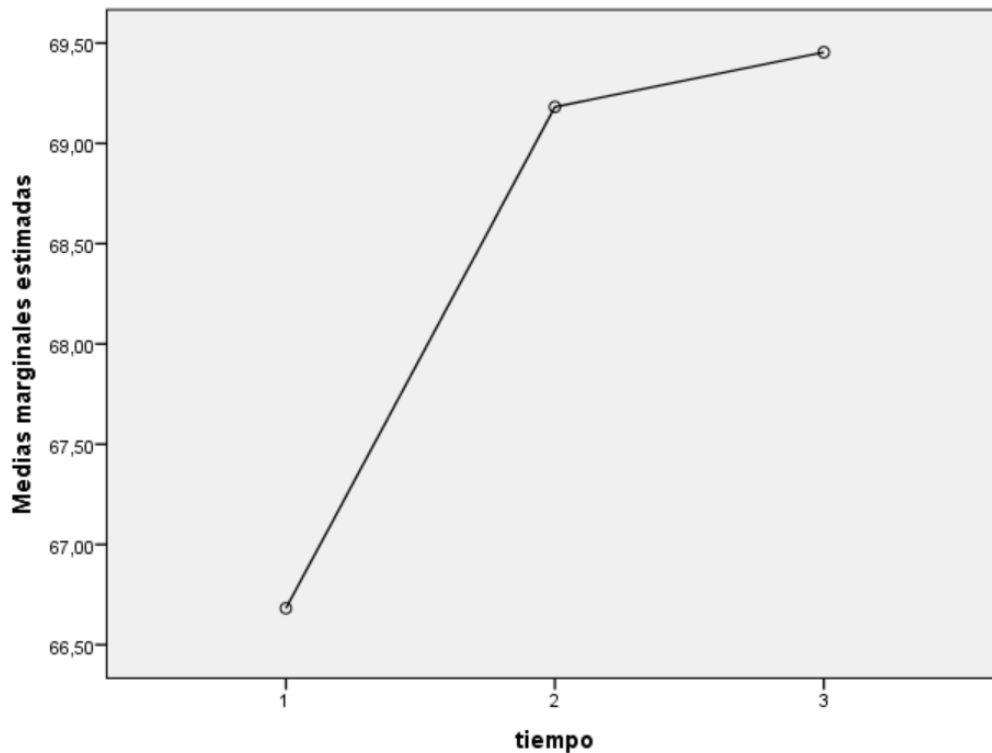


Asimismo, se ha observado una **mejoría** de las **actitudes hacia el cuidado equilibrado de afrontamiento apropiado** sin llegar a ser significativas aunque sí se observa una **tendencia a la significación** ( $F=2,750$ ;  $p<,075$ ;  $\eta^2=,116$ ), pasando de 39,45 puntos en el primer tiempo previo a la intervención (DT= 5,08), a 41,00 después de la intervención (DT=5,36) a 41,09 al mes de haber realizado la intervención (DT=5,32). Posteriormente, se ha hecho una t-student de muestras relacionadas y los resultados muestran diferencias significativas entre las medidas pre-intervención y post-intervención ( $t=-1,994$ ;  $p<,05$ ). Como se puede ver, las puntuaciones mejoran significativamente tras la intervención y se mantienen esos cambios en el seguimiento.



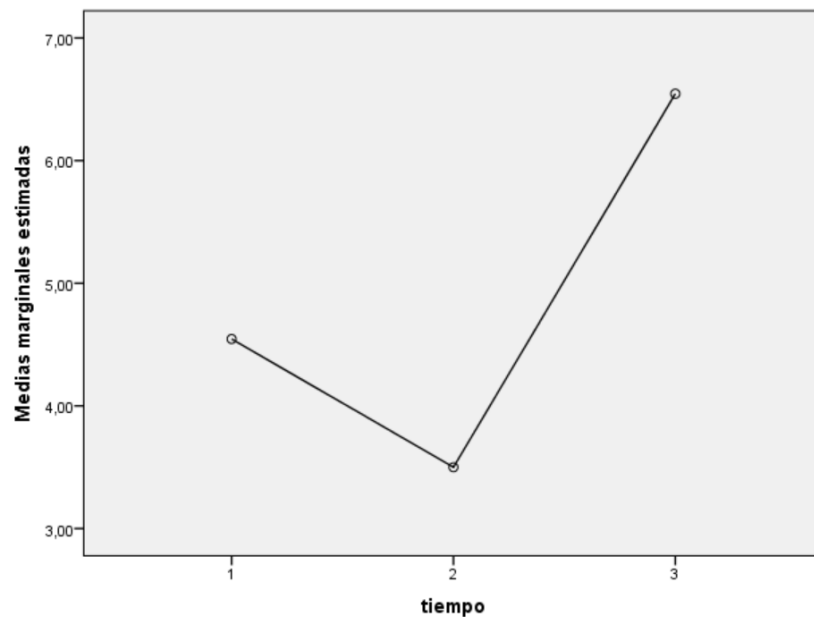


Por último, los resultados reflejan una **mejoría significativa** de las **actitudes hacia el cuidado equilibrado de afrontamiento apropiado** ( $F= 4,612$ ;  $p<,05$ ;  $\eta^2=,180$ ), pasando de 66,68 puntos en el primer tiempo previo a la intervención (DT= 1,44), a 69,18 después de la intervención (DT=1,58) a 69,45 al mes de haber realizado la intervención (DT=1, 69). Como se puede ver nuevamente, no solo las puntuaciones mejoran significativamente tras la intervención, sino que se mantienen esos cambios en el seguimiento.

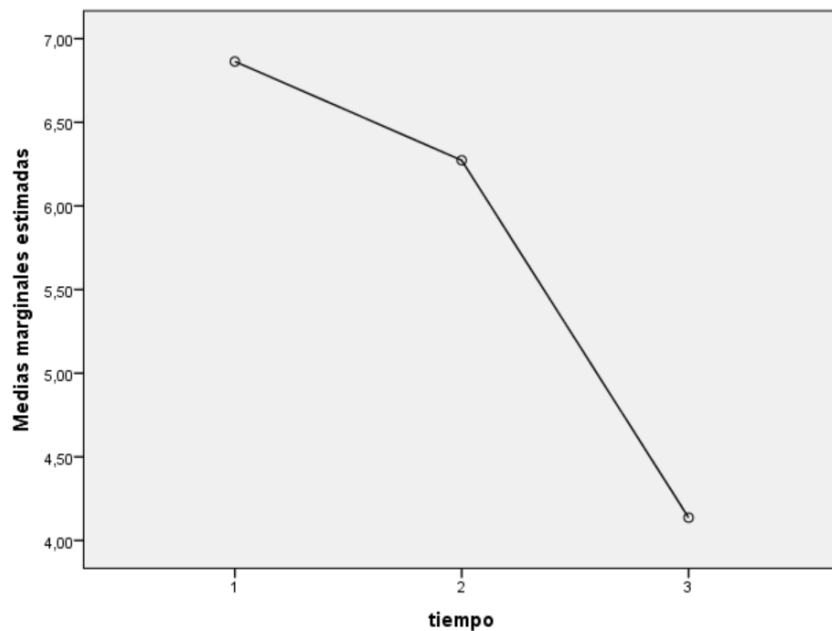


### b) Pensamientos disfuncionales acerca del cuidado

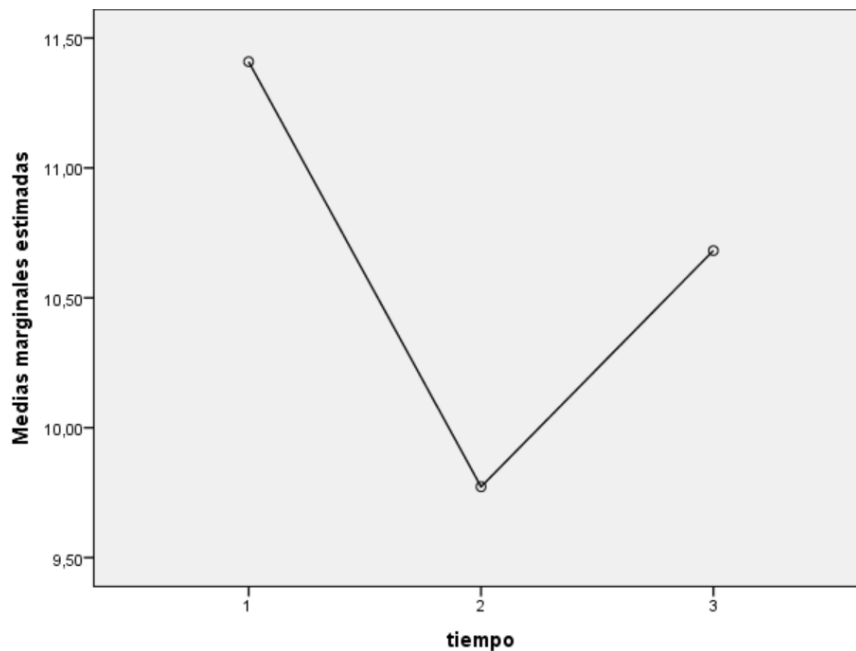
Respecto a los **pensamientos disfuncionales de entrega-aislamiento** se observan diferencias significativas en los tres tiempos ( $F= 4,612$ ;  $p<,05$ ;  $\eta^2=,180$ ). No obstante, ocurre un fenómeno curioso ya que tras la intervención las puntuaciones bajan de 4,54 puntos en el primer tiempo (DT= 5,36), a 3,5 después de la intervención (DT=5,36) lo cual indicaría la eficacia de la intervención. Sin embargo, en el seguimiento se observa de nuevo una subida de los pensamientos disfuncionales alcanzando una media de 6,55 al mes de haber realizado la intervención (DT=6,14). En cualquier caso, tanto el punto de partida como el final se encuentra dentro de niveles bajos de pensamientos disfuncionales y la subida de las puntuaciones en el seguimiento se ha podido observar que se asocian con la subida de un participante, mientras que los otros no han sufrido cambios a nivel de seguimiento.



Por su parte, los **pensamientos disfuncionales de autoexigencia emocional-responsabilidad** disminuyen tras la intervención, sin embargo, esta disminución no es significativa ( $F= 1,306$ ;  $p>,05$ ;  $\eta^2=,116$ ). Respecto a las puntuaciones medias, pasan de 6,86 puntos en el primer tiempo (DT= 4,94), a 6,27 después de la intervención (DT=6,13) y, posteriormente, se observa una bajada de los pensamientos disfuncionales en el seguimiento alcanzando los 4,13 puntos (DT=6,93). En cualquier caso, tanto el punto de partida como el final se encuentra dentro de niveles bajos de pensamientos disfuncionales.

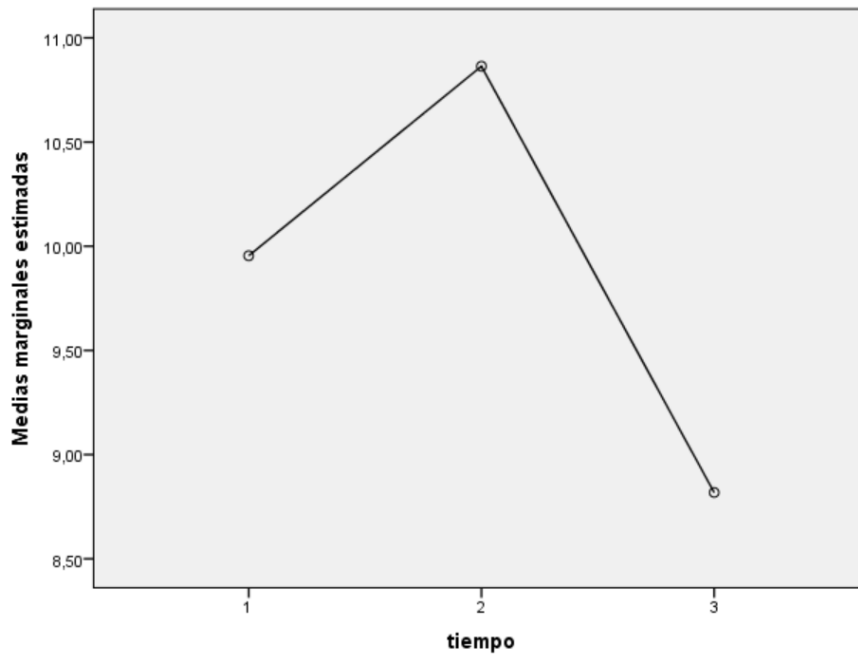


Por último, tampoco se han observado diferencias significativas en los **pensamientos disfuncionales totales** ( $F= ,459$ ;  $p>,05$ ;  $\eta^2=,021$ ). Sin embargo, es de destacar que nuevamente las puntuaciones de los pensamientos disfuncionales son bajas, por lo que hay poco margen de cambio. Respecto a las puntuaciones medias, pasan de 11,41 puntos en el primer tiempo (DT= 8,94), a 9,77 después de la intervención (DT=10,47) y, posteriormente, se observa una ligera subida, aunque no significativa, de los pensamientos disfuncionales en el seguimiento alcanzando los 10,68 puntos (DT=12,26).

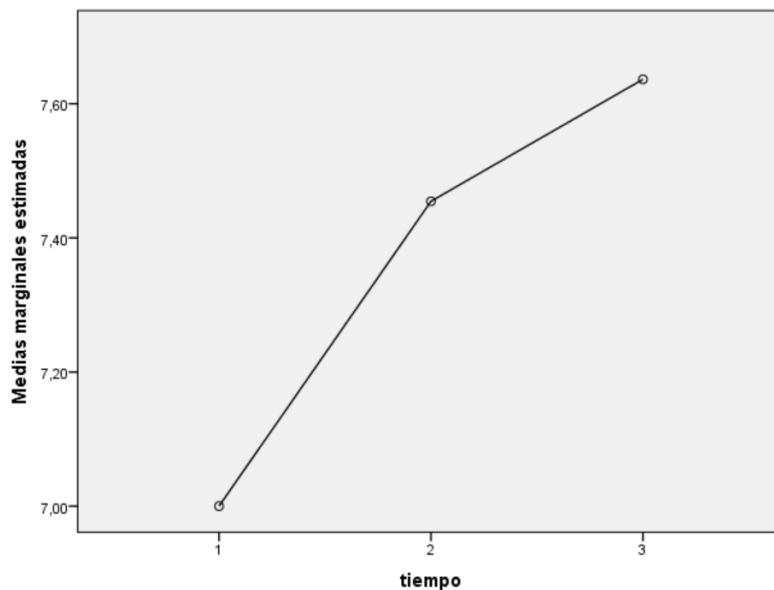


### c) Actitudes de diferencia de género

Los resultados no muestran diferencias en las **actitudes de diferencias de género público** ( $F= 2,020$ ;  $p<,05$ ;  $\eta^2=,088$ ), pasando de 9,95 puntos en el primer tiempo previo a la intervención (DT= 6,29), a subir muy ligeramente hasta alcanzar los 10,86 puntos después de la intervención (DT=7,65) y, posteriormente, experimenta una bajada a 8,81 al mes de haber realizado la intervención (DT=7,28).



Por último, tampoco se observan diferencias significativas en las **actitudes de diferencias de género privado** ( $F= 2,020$ ;  $p<,05$ ;  $\eta^2=,088$ ), pasando de 7,00 puntos en el primer tiempo ( $DT= 4,16$ ), a 7,45 puntos después de la intervención ( $DT=4,05$ ) y 7,63 al mes de haber realizado la intervención ( $DT=7,16$ ). Mencionar de nuevo que las puntuaciones en esta escala se encontraban dentro de niveles bajos y, por tanto, no era un área problemática en la muestra evaluada.



### RESUMEN RESULTADOS INTERVENCIÓN

De acuerdo a lo esperado, **los resultados reflejan que se han producido mejorías significativas en las actitudes a favor de un modelo de cuidado equilibrado**, el cual no solo defiende un afrontamiento apropiado el cuidado (conciliación, cuidado responsable y autocuidados) sino también que estos cuidados tengan en cuenta un trato igualitario en hombres y mujeres (género).

Otros elementos no han sufrido modificaciones como son los pensamientos disfuncionales hacia el cuidado o las actitudes de género más general que afectan al ámbito público y privado de las relaciones. No obstante, este no era el objetivo de la intervención y, por tanto, aunque sean variables que pueden tener relación, la no modificación de estas no implicaría en ningún momento que la intervención no haya sido eficaz. Puesto que, como se ha dicho con anterioridad, el objetivo de esta intervención era promocionar actitudes en línea con el cuidado equilibrado (ver tabla 37).

Tabla 37. Resumen resultados intervención con profesionales sociosanitarios

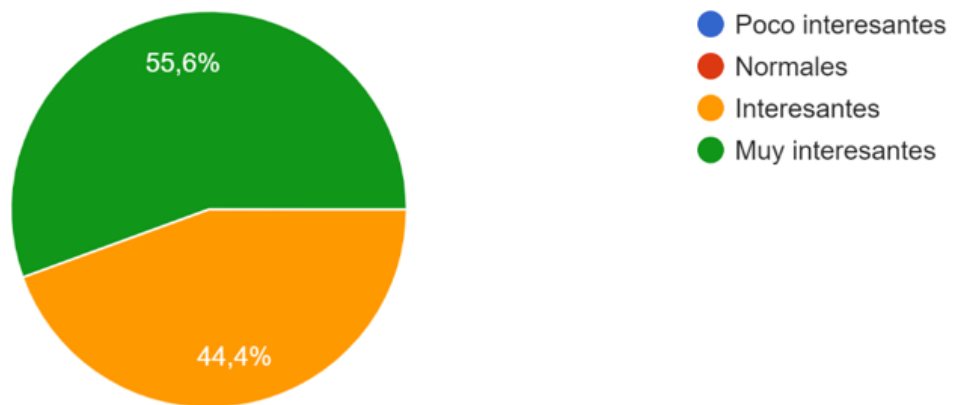
<b>Resumen resultados intervención</b>	
Actitudes a favor del cuidado equilibrado relacionadas con el género	Mejoran significativamente tanto a corto como a largo plazo
Actitudes a favor del cuidado equilibrado relacionadas con el afrontamiento apropiado	Mejoran mostrando una tendencia a la significación tanto a corto como a largo plazo
Actitudes a favor del cuidado equilibrado totales	Mejoran significativamente tanto a corto como a largo plazo
Pensamientos disfuncionales de entrega-aislamiento	No se modifican
Pensamientos disfuncionales de autoexigencia-emocional responsabilidad	No se modifican
Pensamientos disfuncionales totales	No se modifican
Actitudes que apoyan diferencias de género a nivel público (no solo en cuidado)	No se modifican
Actitudes que apoyan diferencias de género a nivel privado (no solo en cuidado)	No se modifican

## 6. VALORACIÓN DEL PROGRAMA. CUESTIONARIO SATISFACCIÓN

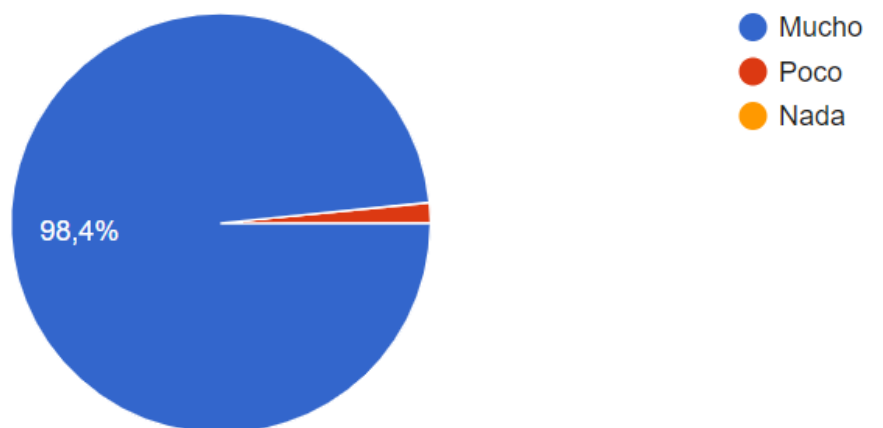
Una vez finalizada la intervención, se administró a los participantes un cuestionario con ítems acerca de la satisfacción con el programa. A continuación, se reflejan los resultados obtenidos.



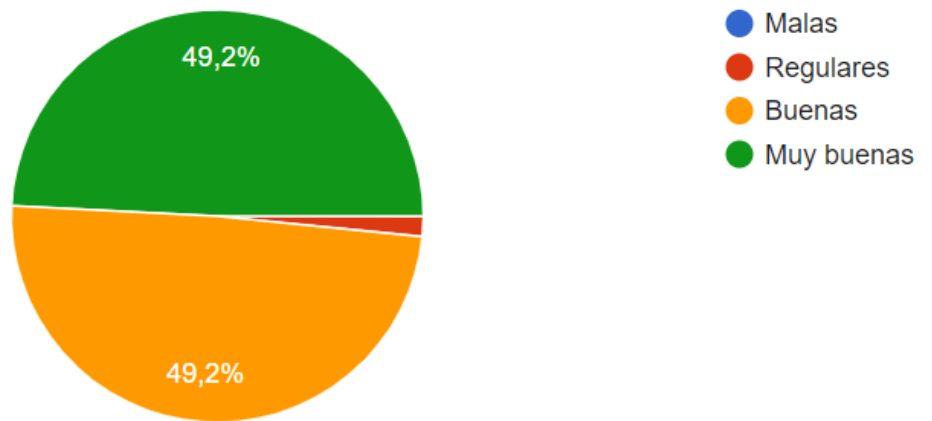
**Ítem 1. Los temas y contenidos del curso te han parecido**



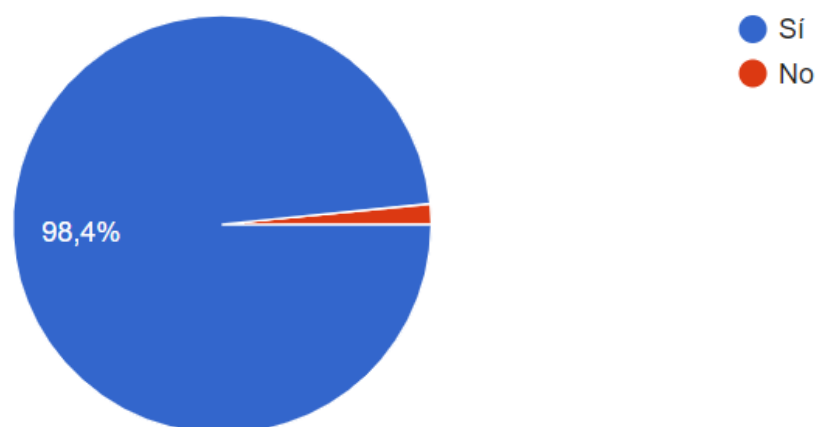
**Ítem 2. Los contenidos pueden ser útiles para un profesional que trabaje con familiares, allegados y cuidadores de personas mayores en situación en dependencia**



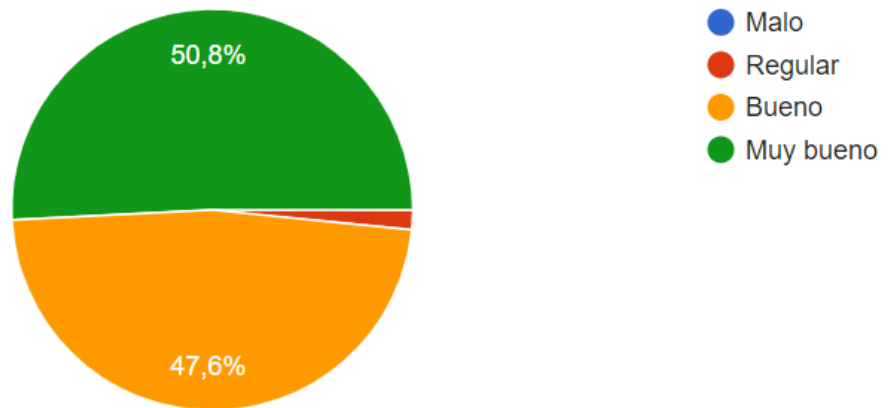
**Ítem 3. Las explicaciones y exposiciones visuales han sido**



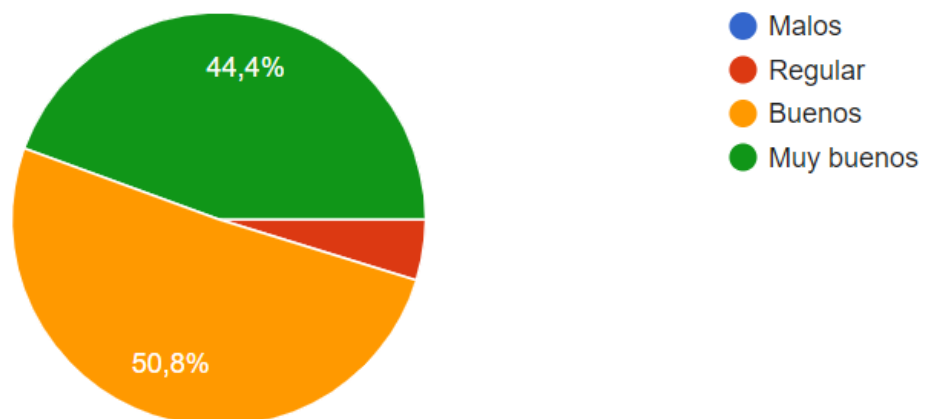
**Ítem 4. ¿Te ha resultado fácil comprender los contenidos?**



**Ítem 5. El contenido de apoyo del curso te ha resultado**



**Ítem 6. Los juegos sobre los contenidos te han resultado**



### ítem 7. ¿Cómo valorarías la formación de 0 a 10?

La nota media obtenida es un 8,7. Esto implica una alta valoración de la formación recibida por parte de los profesionales sociosanitarios

### Item 8. Comentarios/ Sugerencias

- "Me han parecido temas muy interesantes, me hubiera gustado que los juegos del final fueran más amplios para comprobar bien que he aprendido los contenidos. Gracias."
- "De calidad."
- "Me ha gustado mucho la formación, una pena que fuera vía Online, pero por el Covid es lo que toca... Se agradecen las imágenes y vídeos!! Me ha encantado y le doy un 9 solo por la presencialidad."
- "Muchas gracias, por saber que se preocupa por las personas mayores e investigue para así dar una mejor calidad de vida, juntos podemos aportar en nuestra labor de trabajo, con respecto, eficacia, tanto en instituciones y domicilio donde ellos se encuentren."
- "Me ha gustado el material ofrecido y sobre todo los dos talleres dónde, de una forma muy dinámica y colaborativa se han tratado temas importantes para poder desarrollar cada uno en su lugar de trabajo."
- "TENEMOS QUE SEGUIR TRABAJANDO Y MEJORANDO!!!! MUCHAS GRACIAS
- "Hace mucha falta implicar a muchos profesionales."
- "Hay que avanzar sobre todo que no se olvide con el covid. Enhorabuena por esfuerzo

## 7. LIMITACIONES

- 1) Estudio realizado en el **contexto de la Covid-19**: El estudio se realizó durante la pandemia de la Covid-19, lo que posiblemente haya incorporado algunos sesgos. Por una parte los perfiles profesionales objeto de estudio e intervención estaban dentro de los considerados "trabajadores esenciales" coincidiendo la formación con la segunda y tercera ola de la pandemia en España. Los profesionales en activo

participantes presentan un valor añadido, son profesionales con experiencia, con vocación y predisposición a recibir formación, han realizado un sobreesfuerzo por ampliar sus conocimientos en la atención a familiares cuidadores. Esto podría suponer que las necesidades de formación en este colectivo en general sean aún de mayor calado que las reflejadas en los resultados. Por otra parte ante el alto impacto de mortalidad de la covid-19 en residencias de personas mayores y el tratamiento mediático de esta realidad, han podido potenciar tendencias sociales contrarias a la organización de un "cuidado equilibrado", como por ejemplo la de aumentar la desconfianza en la externalización de servicios en la atención a personas mayores en situación de dependencia.

- 2) **Intervención online:** Destacar que la intervención estaba pensada para ser realizada de manera presencial con el beneficio que aporta el contacto directo con los participantes cómo por el enriquecimiento que aporta el intercambio profesional y en sí mismo el trabajo en grupo. El proyecto se tuvo de adaptarse al formato online (portal PICE) en tiempo récord ya que la presencialidad era inviable. Es de suponer por tanto, que de haberse podido realizar la intervención en formato presencial pudieran haberse obtenido mayores niveles de eficacia, garantizando además, que los/as participantes completaran todo el itinerario formativo.
  
- 3) **Infrarepresentación de profesionales de centros sanitarios:** Sería de interés haber contado con mayor número de participantes del ámbito sanitario, pues los profesionales de salud son fundamentales en la prevención y promoción de la salud en personas cuidadoras. Profesionales de la medicina y de la enfermería mantienen un contacto frecuente y continuo durante todo el proceso de cuidado, interviniendo desde el inicio del cuidado, cuando las dinámicas del cuidado y familiares todavía no están instauradas. Son los profesionales de centros de atención primaria, de centros de especialidades y de hospitales. Destacar que en muchas ocasiones sus opiniones cuentan con un valor añadido, generando corrientes de opinión, favoreciendo conductas, cuentan con el beneficio del poder de la "bata blanca".

La intervención ha sido diseñada desde la experiencia siguiendo **criterios de buena praxis:**

- A) Planificación de la intervención -formación
- B) Análisis de necesidades-Objetivos y contenidos
- C) Metodología que incluye diversos recursos didácticos online:
  1. Exposición audio visual distribuida por bloques formativos en píldoras formativas, que pueden ser revisualizadas.
  2. Archivos de presentaciones - diapositivas descargables
  3. Gamificación de la formación: Incorporación de Juegos sobre conceptos básicos
  4. Seminarios directos grabados y colgados en red
  5. Documentación investigación y guías descargables
- D) Investigación asociada -Evaluación de la intervención-formación ( pre-intervención ,post-intervención y de seguimiento)

### **8. ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA LAS ACCIONES FUTURAS:**

En las páginas siguientes se describe pormenorizadamente el programa y los resultados derivados de la intervención que abalan su eficacia. Se recomienda realizar una lectura reflexiva sobre todo en aquellos items concretos contrarios al modelo de cuidado equilibrado, preguntándose qué consecuencias puede tener en las personas cuidadoras la relación con un profesional salud o servicios sociales que mantiene esos sesgos u opiniones contrarias al modelo de cuidado equilibrado.

Destacar la detección de necesidades de formación en todos los perfiles profesionales sociosanitarios, sanitarios. Los resultados brindan la oportunidad de realizar nuevas intervenciones, sugiriendo que los responsables de elaborar políticas y los gestores de presupuestos, valoren la posibilidad de incorporar este tipo de contenido curricular en los programas pregrado, postgrado, así como en la formación profesional y en la formación continua orientada a la capacitación profesional, con objetivos de desarrollo, actualización y

puesta al día.

La intervención online ha demostrado ser eficaz, siendo un recurso eficiente y accesible. No obstante, se considera que mejoraría su eficacia si se pudiera complementar con intervenciones presenciales.

Como recomendación final sería adecuado cara a diseñar programas de intervención futuros complementar reforzar la intervención con contenidos que favorezcan la disminución de los sesgos detectados en los profesionales sociosanitarios incluyendo los dirigidos a disminuir pensamientos disfuncionales a cerca del cuidado.

El patriarcado/heteropatriarcado tiene raíces profundas difíciles de modificar rápidamente, de ahí la resistencia encontrada cara a modificar algunos aspectos de género en la sociedad y que requerirían del diseño de estrategias complementarias para favorecer progresivamente el cambio, como pudieran ser el diseño de campañas de sensibilización social. Destacar pese a la dificultad de modificación de estos aspectos el éxito del programa en esta materia obteniendo cambios significativos en escala de actitudes del cuidado equilibrado, reflejados en la subescala de género en cuidado.

Queda evidentemente mucho camino por recorrer. Animar a todo profesional sociosanitario a poner en práctica los aspectos abordados en esta intervención. Animar a las entidades públicas y privadas a favorecer programas de prevención y promoción de la salud en familiares cuidadores desde el "Modelo de Cuidado Equilibrado". Si cada persona individual y organización desde su responsabilidad aporta su buen hacer, estaremos entre todos/as desarrollando una sociedad de los cuidados más equilibrada, con mayores niveles de compromiso, justicia e igualdad. Habremos logrado hacer realidad el cambio de paradigma en el cuidado.

## REFERENCIAS

- Crespo, M. y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: IMSERSO.
- Durán de las Heras, M.A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao. Fundación BBVA.
- García-Calvente, M.M., Del Río Lozano, M., & Eguiguren A.P. (2007). *Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud*. *INGURUAK*, 44, 291-308.
- Karasek, R.A. (1985). *Job Content Questionnaire and user's guide*. University of Southern California, Department of Industrial and Systems Engineering.
- Martín, J., Cortés, J. A., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J., & Rodríguez, A. (2004). Características métricas del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 129-136.
- La Parra, D. (2001). Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gaceta Sanitaria*, 15, 498-505.
- Losada, A., Montorio, I., Izal, M.J, & Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: Instituto de Mayores y servicios sociales (IMSERSO).
- Márquez-González, M. Losada, A., Puente, C.P., & Romero-Montero, R. (2009). El optimismo como factor moderador de la elación entre el estrés y la depresión de los cuidadores informales de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44, 251-255.



- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *MBI: Maslach burnout inventory*. CPP, Incorporated.
- Mena, M. J., Sánchez, C., & Trianes, M. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 15(4), 212-220.
- Ortiz, M.D. (2007). Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Intervención psicosocial*, 16(1), 93-105.
- Ortiz, M. D., & Martínez, T. (2013). *Manual Cuidarela*. Madrid: Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España.
- Ortiz, M. D., & Martínez, T., Noriega, C., López, J. (2019). *Validación de una escala y desarrollo de un programa piloto para un cuidado equilibrado*. UDP-USP CEU.
- Rodríguez, P., Mateo, A. y Sancho, M. (2005). *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles*. Madrid: IMSERSO.
- Sola, A., Benlloch, M.I, Meliá, J.L. (2003). El cuestionario de actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG): elaboración y estudio psicométrico. *Anuario de Psicología*, 34,101-123.

## DIFUSIÓN DE RESULTADOS

### Artículo Científico

**Noriega, C., Ortiz, M.D., Martínez, T., & López, J. (2021). Balneotherapy with a psychoeducation program for the promotion of a balanced care in family caregivers of older adults. *International Journal of Biometeorology*, 65, 193-203. <https://doi.org/10.1007/s00484-020-02018-4>**

Resumen: The aim of this study was to analyze the efficacy of an intervention program for informal caregivers of elderly dependent that combined balneotherapy with group psychoeducation (BT-PE) based on the Balanced Care Model. We conducted an analysis of the statistical significance of the changes observed in participants' burden, depression, anxiety, maladjustment and care satisfaction before and after the intervention. The efficacy of the BT-PE intervention ( $N = 124$ ) was compared with a comparison group only exposed to balneotherapy (BT) ( $N = 76$ ). The two modalities included both primary and secondary informal caregivers. The results showed that caregivers' burden and care satisfaction showed better results in both primary and secondary caregivers participating in the BT-PE program, as well as anxiety in secondary caregivers and maladjustment in primary caregivers. Although the depressive symptoms decreased significantly in both intervention groups, the combination of balneotherapy with psychoeducation did not show greater levels of efficacy compared with the application of sole balneotherapy. The relevance of caregivers' psychoeducation on the Balanced Care Model and its combination with balneotherapy is highlighted

### Capítulo de libro

**Mata, J., López, J., Martínez, T., Noriega, C., & Ortiz, M.D. (2019). Intervención psicoeducativa en cuidadores informales de personas mayores. En P. Nieto & Velez, O (Eds.), *I Jornada PsicoCEU: Investigación, Estudiantes y Clínica*. Biblioteca Nueva.**

Resumen: El objetivo del estudio fue determinar los efectos positivos de un programa de psicoeducación para cuidadores de personas mayores realizado en balnearios de España en sus niveles de depresión, ansiedad, carga del cuidador y satisfacción con el cuidado, y las diferencias entre los tipos de cuidadores y el sexo del cuidador. La intervención se estructuró en 5 sesiones donde participaron 505 cuidadores. Se realizó una post-evaluación cuando terminaron las jornadas y otra a los tres meses, obteniéndose diferencias significativas en ansiedad, carga subjetiva y nivel de satisfacción con el cuidado. Los cuidadores más beneficiados fueron las mujeres mejorando significativamente los niveles de ansiedad, carga del cuidador y satisfacción, y los cuidadores principales que vieron reducidos significativamente la ansiedad y la carga subjetiva.

### Presentación comunicaciones a congresos y reuniones científicas

- **Invitación del Colegio Oficial de Psicólogos a presentar ponencia invitada** los resultados del proyecto el 15 de junio de 2019
- **Invitación de la Universidad CEU San Pablo a presentar comunicación en el congreso PsicoCEU** el 4 de febrero de 2019
- **Presentación Póster en Congreso: WCBCT2019 (World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies)** el trabajo publicado "Efficacy of an Intervention Program based on a Brief Cognitive-Behavioral Psychoeducation with Balneotherapy in Informal Caregivers of Older People" el 20/07/2019 en Berlín.
- **Jornada Presentación de resultados sobre El Cuidado Equilibrado** organizado por la Unión Democrática de Pensionistas el 24 de junio de 2021.

### Premios

- **Premio Grupo Tácito** a mejor Trabajo Fin de Grado curso 2019-2020 otorgado por el Instituto CEU de Estudios de la Familia. (Trabajo Fin de Grado desarrollado dentro de este proyecto).

**Cualquier otro logro obtenido como resultado de la ayuda.**

- *Vídeo Beneficios del Cuidarela*. Se ha elaborado un vídeo en el que se describe el modelo de cuidado equilibrado y sus componentes, en el que además se incluyen testimonios de los sujetos que han participado en el programa. El vídeo ha sido maquetado y publicado en la página web de la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España.

**Portal de Investigación Cuidado Equilibrado – PICE**

<https://pice.cursotic.es/>

## ANEXOS

### Anexo 1. Carta enviada a expertos para validación de contenido

Estimado/a compañero/a:

Estamos actualmente desarrollando un cuestionario con el que evaluar las "Actitudes de Cuidado Equilibrado de Personas Mayores en situación de Dependencia", cuyo desarrollo y validación forma parte de un proyecto conveniado entre UDP (Unión Democrática de Pensionistas) y la Universidad CEU San Pablo y que, además, ha sido financiado por el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad.

El modelo clásico de cuidado ha priorizado ofrecer el mejor cuidado del familiar mayor en situación de dependencia centrando las tareas y responsabilidades en las personas cuidadoras principales familiares. Quizá esta fórmula, transmitida culturalmente en nuestra sociedad, sea la más adecuada y equilibrada cuando el periodo de cuidado es corto (días, meses); Sin embargo, con la actual esperanza de vida, nos enfrentamos a situaciones de cuidados de larga duración donde centrar las tareas de cuidado en una única persona (cuidador/a principal) aboca al deterioro de su salud física y mental, así como sus relaciones familiares y de pareja. Como resultado, es importante cambiar y ajustar las estrategias empleadas con las personas cuidadoras familiares.

Cambiar el paradigma del cuidado de larga duración implica apostar por un modelo descentralizado e integrador, en que se reconozca la importancia de la realidad del resto de los componentes del sistema de cuidado, como elementos sensibles; dicha sensibilidad, se proyecta en una apreciación de la realidad de cada uno de ellos, sus necesidades y ajustes personales -e interpersonales-. Además, en el cambio de modelo de cuidado, es ineludible la comprensión de la perspectiva de género, considerando que más de 85% de las personas cuidadoras principales son mujeres y que existen diferencias en las personas mayores en situación de dependencia en función del género siendo el de mayor porcentaje mujeres (feminización del cuidado).

En esta línea, surge el modelo de cuidado equilibrado, en el que se mantiene que cuidar equilibradamente supone organizar el cuidado de la persona mayor dependiente integrando los siguientes aspectos fundamentales y considerando la perspectiva de género (Ortiz & Martínez, 2013):

## El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la dependencia: Posibilidad y desarrollo

---

- Favorecer el cuidado responsable del familiar objeto de atención.
- Favorecer el autocuidado de la persona cuidadora principal.
- Asegurar la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de la persona cuidadora principal garantizando la co-responsabilidad en el cuidado.

Un cuidado equilibrado supone mejoras integrales en todos los elementos que intervienen en el sistema del cuidado. El cuidado responsable de la persona afectada favorece un buen trato personalizado ajustado a sus necesidades de cuidado, eliminando prácticas inadecuadas. Dignifica a la persona en situación de dependencia empoderando su derecho a un trato digno como ser humano. Además, este modelo garantiza la seguridad, favorece la eliminación de miedos y sentimientos de culpa. Cuestiona algunos comportamientos de organización del cuidado con conductas sobreprotectoras que generan mayores niveles de dependencia física y/o emocional. Todo ello amortigua el impacto emocional negativo en la persona en situación de dependencia vinculado a los sentimientos de ser una carga para sus familiares.

Generar en la sociedad una cultura de organización del cuidado desde el modelo de "cuidado equilibrado" traerá como consecuencia, unos menores costes en salud, al tiempo que contribuirá al fortalecimiento de las redes de apoyo social. Además, este nuevo modelo supone abordar programas de intervención preventivos que favorezcan y propicien organización del cuidado desde el inicio con la eliminación del modelo clásico patriarcal del cuidado, potenciando los elementos positivos y satisfactorios del cuidado, amortiguando los elementos negativos que perjudican la salud y que producen diferentes desequilibrios en sus vidas.

Para favorecer la colaboración de la comunidad, el cambio de actitudes es una estrategia de intervención ampliamente reconocida como válida en el marco de los programas de prevención y promoción de la salud. Su aplicación directa de grupo o desde la perspectiva comunitaria posibilita la detección de grupos de riesgo de la elaboración del cuidado desequilibrado con sus consecuencias negativas en todos los ámbitos bio-psico-sociales que a su vez permitiría la intervención temprana a nivel psicosocial, grupal e individual. Para realizar intervenciones que apoyen el modelo de cuidado equilibrado, es necesario contar con instrumentos válidos y fiables que evalúen las actitudes hacia el cuidado, y los factores asociados. Sin embargo, hay una carencia destacada en los instrumentos elaborados hasta el momento.

Ante la ausencia de instrumentos de medida, consideramos de gran utilidad construir una escala de actitudes que mida la predisposición a organizar el cuidado desde el

modelo de "cuidado equilibrado" de personas mayores en situación de dependencia. Para elaborar la escala, se ha creado un banco de ítems basándonos en el **modelo de cuidado equilibrado** de Ortiz y Martínez (2013). Además, se ha realizado búsqueda de las escalas que evaluaban actitudes hacia el cuidado y actitudes de género.

Como resultado, la escala incluye las siguientes dimensiones:

**1. Subescala Cuidado Responsable:** Esta dimensión hace referencia a aquellas actitudes orientadas a valorar las necesidades, aceptación de la enfermedad, toma de decisiones y abordaje de la situación de la persona dependiente desde una visión integral (familia, profesionales y propia persona mayor)

**2. Subescala de Autocuidados en personas cuidadoras Principales:** Esta dimensión hace referencia a aquellas actitudes dirigidas a reconocer la necesidad de que la persona cuidadora principal se cuide a sí misma, reconociendo la importancia de dedicar tiempo para su desarrollo personal, aceptación y manejo de las emociones, establecimiento de límites al cuidado, pedir ayuda, realización de actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades, así como la búsqueda de apoyos sociales.

**3. Subescala conciliación vida personal, familiar y laboral.** Esta dimensión hace referencia a las actitudes orientadas a facilitar que las personas cuidadoras principales de personas en situación de dependencia no limiten su vida al cuidado y puedan desarrollar distintos aspectos de su vida personal, familiar, social y laboral. Para favorecer esta conciliación es necesario implicar a la sociedad en su conjunto, que se reconozca y valore el rol de la persona cuidadora, romper con los sentimientos de obligación versus responsabilidad (impuesta o auto-exigida) que dificultan la participación de otras personas en el cuidado e implicar en el cuidado distintos agentes sociales más allá de la persona cuidadora principal (ej: otros familiares, vecinos, profesionales), así como el fomento de apoyos/recursos desde el punto de vista económico y laboral.

**4. Subescala Género.** Esta dimensión incluye la valoración vinculante de una serie de actitudes orientadas a la promoción de la igualdad de los roles de género en el cuidado de personas en situación de dependencia y asignadas al sexo hombre y al sexo mujer.

En la actualidad nos encontramos en la fase de desarrollo inicial de la escala y nos gustaría contar con su experiencia en la revisión del instrumento. Para ello, incluimos una copia del cuestionario y le rogamos que cumplimente las hojas de evaluación. La información que nos proporciona es de gran utilidad para el desarrollo y validación del instrumento, por lo que AGRADECEMOS DE ANTEMANO SU COLABORACIÓN.

Reciba un cordial saludo,

## EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO

- 1. EVALUACIÓN DE LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO.** Para valorar los ítems se incluye un archivo Excel donde se incluyen todos los ítems y la categoría a la que pertenecen. En el cuestionario se incluyen ítems directos e inversos (los inversos están redactados en cursiva). Por favor, indique:
  - **Nivel de relevancia y representatividad** (-1= no veo el ítem relevante o representativo de lo que se quiere medir; 0= no estoy seguro; 1= ítem relevante),
  - **Nivel de concisión y claridad** (-1= ítem no redactado claramente o de manera concisa; 0= no estoy seguro; 1= ítem claro y conciso)
  - **Nivel de ajuste categoría-ítem** (0= No; 1= Sí). Si considera que el ítem pertenece a una categoría diferente a la marcada por los autores, por favor, en el apartado de comentarios indicar categoría.Además, puede incluir **comentarios y sugerencias** para cada ítem.
- 2. CRITERIO DE EXCLUSIÓN/INCLUSIÓN.** Como criterio de exclusión/inclusión este cuestionario está dirigido a población general.
- 3. INSTRUCCIONES.** Las instrucciones del cuestionario son: "El objetivo de este cuestionario es conocer su opinión sobre algunos temas. A continuación, se le presentan una serie de afirmaciones para que indique su grado de acuerdo. Es importante recalcar que se le pide que exprese únicamente su opinión personal".
- 4. FORMATO DE RESPUESTA.** A continuación, incluimos el formato de respuesta del cuestionario:  
"En cada afirmación, las opciones de respuesta son las siguientes: *1= Desacuerdo Total; 2= Algo en Desacuerdo; 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4= Algo de Acuerdo; 5= Acuerdo Total*
- 5. OPINIÓN GENERAL SOBRE LA PRUEBA.** A continuación, le pedimos su opinión global sobre el cuestionario. Por favor, responda a las siguientes cuestiones:

Aspectos a evaluar				
¿Existen instrucciones en el que se especifican claramente el modo de cumplimentación?	No, en absoluto	Incompleto	Aceptable	Muy completo



## El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la dependencia: Posibilidad y desarrollo

---

Teniendo en cuenta otros instrumentos similares, ¿es éste un instrumento de fácil uso en cuanto a la comprensión, cumplimentación, tiempo de administración y sistema de obtención de los resultados?	No, en absoluto	Incompleto	Aceptable	Muy completo
¿Es este instrumento adecuado en cuanto a su longitud?	No, en absoluto	Incompleto	Aceptable	Muy completo
¿Se trata de un instrumento relevante?	No, en absoluto	Incompleto	Aceptable	Muy completo
¿El instrumento se adecua a los objetivos de partida?	No, en absoluto	Incompleto	Aceptable	Muy completo
¿El instrumento cubre adecuadamente las dimensiones que pretende evaluar?	No, en absoluto	Incompleto	Aceptable	Muy completo
1. Cuidado Responsable (CR)	No, en absoluto	Incompleto	Aceptable	Muy completo
2. Auto-cuidados de la persona cuidadora Principal (AC)	No, en absoluto	Incompleto	Aceptable	Muy completo
3. Conciliación Personal, Familiar y Laboral (CC)	No, en absoluto	Incompleto	Aceptable	Muy completo
4. Género (G)	No, en absoluto	Incompleto	Aceptable	Muy completo
El cuestionario es claro y conciso	No, en absoluto	Incompleto	Aceptable	Muy completo
El formato de respuesta es claro	No, en absoluto	Incompleto	Aceptable	Muy completo
Presencia de aspectos claves omitidos del cuestionario	No, en absoluto	Incompleto	Aceptable	Muy completo

## El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la dependencia: Posibilidad y desarrollo

---

Por favor, a continuación, puede señalar las sugerencias y propuestas de mejora que considere oportunas en base a:

<b>Aspectos referentes al cuestionario</b>	<b>Observaciones</b>
Dimensiones que se pretenden evaluar	
Instrucciones	
Formato de respuesta	
Criterio de inclusión/exclusión	
Facilidad de uso del cuestionario	
Longitud del cuestionario	
Tiempo de administración	
Claridad del cuestionario	
Aspectos clave omitidos del cuestionario	

**DE NUEVO MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA Y PARTICIPACIÓN**

**Anexo 2. Cuestionario de Buenas Prácticas a Personas Mayores Institucionalizadas Realizadas por Profesionales (diseñado y validado por el equipo de investigación). Versión 59 items**

CUESTIONARIO DE ACTITUDES SOBRE CUIDADO EQUIBRADO DE PERSONAS MAYORES  
DEPENDIENTES

**Instrucciones**

El objetivo de este cuestionario es conocer su opinión sobre aspectos del cuidado de personas mayores en situación de dependencia. A continuación, se le presentan una serie de afirmaciones para que indique su grado de acuerdo. Es importante recalcar que se le pide que exprese únicamente su opinión personal. Sus respuestas serán tratadas de manera anónima y confidencial, por lo que agradecemos que conteste con la mayor sinceridad posible.

En cada afirmación, las opciones de respuesta son las siguientes:

- 1= Desacuerdo Total  
2= Algo en Desacuerdo  
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
4= Algo de Acuerdo  
5= Acuerdo Total

CR	1. Que los familiares nieguen el deterioro de una persona mayor dependiente dificulta que éstos puedan valorar sus necesidades reales.	1	2	3	4	5
AC	2. <i>Dedicarse tiempo a sí misma es egoísta cuando hay que cuidar a un familiar en situación de dependencia.</i>	1	2	3	4	5
AC	3. <i>Una persona que cuida de un familiar mayor en dependencia no debería sentir rabia o ira hacia la persona que cuida</i>	1	2	3	4	5
CC	5. Es importante que el entorno social (familiar, vecindario, amistades, etc) favorezca a la persona cuidadora espacios y tiempos para su desarrollo	1	2	3	4	5

## El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la dependencia: Posibilidad y desarrollo

	persona.					
G	5. Los hombres que asumen el cuidado principal de una persona en situación de dependencia requieren especialmente de apoyos en el cuidado.	1	2	3	4	5
G	6. Si para cuidar de una persona mayor dependiente uno de los miembros de la pareja tiene que cambiar su situación laboral (ej: pedir excedencia, reducir jornada...), el ser hombre o mujer no debería ser el factor que determine quién asume el cambio.	1	2	3	4	5
CC	7. Es mejor que el cuidado sea realizado por una única persona y, a ser posible, siempre la misma.	1	2	3	4	5
G	8. Las tareas de higiene personal es mejor que las realicen las mujeres.	1	2	3	4	5
CC	9. Es importante que la persona cuidadora principal pida ayuda a su entorno cuando lo necesite.	1	2	3	4	5
CC	10. Dedicar dinero familiar para el cuidado de una persona dependiente es un despilfarro para la economía familiar si hay alguien que pueda hacerse cargo del cuidado.	1	2	3	4	5
G	11. Si una persona mayor se pone enferma cuando tanto el hijo como la hija trabajan, generalmente es más apropiado que sea la hija la que pida salir del trabajo.	1	2	3	4	5
CC	12. La calidad de los cuidados de las personas dependientes no pueden estar condicionados por la economía familiar.	1	2	3	4	5
AC	13. El cuidado de la propia salud física y mental es secundario cuando se tiene a una persona dependiente a cargo.	1	2	3	4	5

## El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la dependencia: Posibilidad y desarrollo

G	14. <i>Es normal que los hijos varones tomen la decisión del cuidado de sus padres dependientes, aunque las tareas del cuidado directo las realice su pareja mujer</i>	1	2	3	4	5
AC	15. <i>A veces es necesario alejarse del cuidado para reflexionar y tomar decisiones.</i>	1	2	3	4	5
G	16. <i>Es mejor que las tareas de cuidado que requieren fuerza física (levantar y acostar) las realicen los hombres para evitar gastos innecesarios (ej: grúas).</i>	1	2	3	4	5
CC	17. <i>Dedicar tiempo para la vida en pareja es algo secundario cuando se cuida de un familiar mayor dependiente.</i>	1	2	3	4	5
CC	18. <i>Desconfío del trato que se puede dar a las personas dependientes en las instituciones, como son los centros de día o las residencias.</i>	1	2	3	4	5
CC	19. <i>La atención a la dependencia también corresponde al sistema público de los servicios sociales y debe de tener inversión y presupuestos públicos para asegurar y garantizar las ayudas y recursos necesarios.</i>	1	2	3	4	5
AC	20. <i>Un cuidado responsable implica la mayoría de las veces renunciar a todos o casi todos los intereses y aficiones de la persona cuidadora, porque restan tiempo y calidad de cuidado.</i>	1	2	3	4	5
CC	21. <i>Una persona cuidadora principal debe tener asegurada su independencia económica y/o continuidad laboral para no perder sus derechos y capacidad de vida independiente cuando finalice su etapa de cuidar.</i>	1	2	3	4	5
CC	22. <i>El confiar el cuidado de un familiar dependiente a una persona ajena contratada, sería equivalente a rebajar la seguridad y la calidad del cuidado que le presta su familiar allegado.</i>	1	2	3	4	5

## El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la dependencia: Posibilidad y desarrollo

CC	23. <i>Es mejor tomar decisiones en solitario y evitar as</i> <i>enfrentamientos familiares.</i>	1	2	3	4	5
CR	24. Es negligente tomar la decisión de cuidar en el domicilio familiar a una persona en situación de dependencia si no se disponen de los recursos y apoyos apropiados para ello.	1	2	3	4	5
CC	25. <i>Repartir los cuidados de manera que cada hijo/a cuide la misma cantidad de tiempo del familiar dependiente es lo más adecuado para favorecer la conciliación.</i>	1	2	3	4	5
G	26. <i>Es normal que las hijas solteras o separadas sin cargas familiares tengan la obligación prioritaria de asumir el cuidado como cuidadoras principales frente al resto de la familia.</i>	1	2	3	4	5
CC	27. Es una forma de maltrato familiar si a una persona cuidadora principal se le presiona para que renuncie a alguna parte de su desarrollo personal, familiar o social por cuidar.	1	2	3	4	5
CC	28. Los hijos e hijas no tienen la obligación de asumir directamente el cuidado principal de sus progenitores (madre, padre) en situación de dependencia.	1	2	3	4	5
G	29. <i>Las mujeres tienen mayor capacidad para ser cuidadoras de personas dependientes que los hombres.</i>	1	2	3	4	5
AC	30. <i>Que una persona cuidadora reclame que sus necesidades son tan importantes como las de la persona cuidada es sinónimo de egoísmo</i>	1	2	3	4	5
CC	31. La atención a las personas en situación de dependencia es responsabilidad de toda la sociedad.	1	2	3	4	5
CR	32. <i>El cariño es suficiente para garantizar cuidados de calidad a la persona dependiente.</i>	1	2	3	4	5

## El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la dependencia: Posibilidad y desarrollo

G	33. <i>Es un signo de debilidad personal si un hombre expresa sus emociones.</i>	1	2	3	4	5
CC	34. <i>Las parejas tienen la obligación de cuidarse mutuamente en caso de que uno de los dos esté en situación de dependencia.</i>	1	2	3	4	5
CC	35. <i>Cuidar de una persona dependiente es menos agotador que una jornada laboral.</i>	1	2	3	4	5
AC	36. Hay que favorecer las relaciones afectivas de las personas cuidadoras más allá del cuidado y de la persona en situación de dependencia.	1	2	3	4	5
CC	37. Es importante que otros miembros de la familia que no sean personas cuidadoras principales se ocupen de las necesidades básicas, de salud y de ocio del familiar dependiente.	1	2	3	4	5
CC	38. <i>Negarse a cuidar a un familiar en casa es sinónimo de ser mala persona.</i>	1	2	3	4	5
CR	39. Desarraigar a una persona mayor dependiente de su entorno social y familiar puede ser un maltrato social.	1	2	3	4	5
CC	40. La persona cuidadora principal de una persona en situación de dependencia no está obligada a favorecer y atender personalmente a todas las visitas que reciba su familiar dependiente.	1	2	3	4	5
CR	41. <i>Los familiares que cuidan personalmente de la persona mayor son los únicos que pueden valorar con objetividad los cuidados y tratamientos que debe recibir.</i>	1	2	3	4	5
CC	42. <i>Trabajar fuera del hogar no permite que una persona cuidadora se comprometa con el cuidado de su familiar en situación de dependencia.</i>	1	2	3	4	5

El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la  
dependencia: Posibilidad y desarrollo

---

AC	43. Saber delegar en otras personas es una virtud necesaria en toda persona cuidadora principal.	1	2	3	4	5
CC	44. Cuando se acepta la responsabilidad del cuidado de un familiar en situación de dependencia, tiene que mantenerse inflexible hasta el final de sus días.	1	2	3	4	5
AC	45. Es normal que las personas cuidadoras principales se auto-mediquen.	1	2	3	4	5
AC	46. Si la persona dependiente muestra dificultades para aceptar los nuevos cambios y costumbres, siempre es preferible que sea la persona cuidadora principal la que se adapte.	1	2	3	4	5
AC	47. Es importante que las personas que tienen a una persona dependiente a su cargo tengan tiempo para realizar ejercicio físico.	1	2	3	4	5
CC	48. Cuando las personas contratan servicios o profesionales para cuidar a su familiar es una forma de abandono.	1	2	3	4	5
CR	49. Es importante que los equipos profesionales valoren e incluyan a los familiares en la toma de decisiones y en las aplicaciones de los tratamientos de personas mayores dependientes.	1	2	3	4	5
G	50. Es mucho mejor si el varón se encarga de las tareas fuera del hogar y la mujer cuida de la casa y de los familiares dependientes.	1	2	3	4	5
CC	51. Las familias que envían a sus mayores a una residencia en realidad lo que quieren es deshacerse de su familiar dependiente.	1	2	3	4	5
CC	52. Los centros de trabajo deberían regular la conciliación del cuidado en dependencia de personas mayores (ej: horarios flexibles)	1	2	3	4	5



## El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la dependencia: Posibilidad y desarrollo

---

CR	53. <i>La decisión de asumir el cuidado de un familiar en situación de dependencia de larga duración debe ser tomada desde el corazón.</i>	1	2	3	4	5
AC	54. La falta de descanso y sueño reparador es un indicador que debe ser tenido en cuenta por las personas cuidadoras principales para prevenir desequilibrios en la salud.	1	2	3	4	5
AC	55. <i>Cumplir con todas las demandas de la persona dependiente significa cuidar mejor</i>	1	2	3	4	5
CC	56. <i>Los cuidados en casa son siempre mejores que los que se pueden brindar en una institución.</i>	1	2	3	4	5
AC	57. Si asumiera el cuidado principal de un familiar en dependencia de larga duración me sería útil acudir a reuniones con otras familias con experiencias similares o a asociaciones.	1	2	3	4	5
G	58. Cuidar de los progenitores mayores implica tanta responsabilidad para los hijos como para las hijas.	1	2	3	4	5
CC	59. <i>Siempre es preferible que sea la persona cuidadora principal la que modifique su vida y se traslade al domicilio de la persona.</i>	1	2	3	4	5

**Anexo 3. Cuestionario de Buenas Prácticas a Personas Mayores Institucionalizadas Realizadas por Profesionales (diseñado y validado por el equipo de investigación). Versión 15 ítems**

**Cuestionario de Actitudes hacia el Modelo de Cuidado Equilibrado**

**INSTRUCCIONES**

El objetivo de esta parte es conocer su opinión sobre algunos temas relacionados con el cuidado. A continuación, se le presentan una serie de afirmaciones para que indique su grado de acuerdo. Es importante recalcar que se le pide que exprese únicamente su opinión personal:

En cada afirmación, las opciones de respuesta son las siguientes:

1= *Desacuerdo Total*

2= *Algo en Desacuerdo*

3= *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*

4= *Algo de Acuerdo*

5= *Acuerdo Total*

1. Las tareas de higiene personal es mejor que las realicen las mujeres.	1	2	3	4	5
2. Si una persona mayor se pone enferma cuando tanto el hijo como la hija trabajan, generalmente es más apropiado que sea la hija la que pida salir del trabajo.	1	2	3	4	5
3. El cuidado de la propia salud física y mental es secundario cuando se tiene a una persona dependiente a cargo.	1	2	3	4	5
4. Dedicar tiempo para la vida en pareja es algo secundario cuando se cuida de un familiar mayor dependiente.	1	2	3	4	5

## El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la dependencia: Posibilidad y desarrollo

---

5. Es normal que los hijos varones que vivan en pareja asuman la decisión del cuidado de sus padres dependientes, aunque las tareas del cuidado directo las realice su pareja mujer	1	2	3	4	5
6. Un cuidado responsable implica la mayoría de las veces renunciar a todos o casi todos los intereses y aficiones del cuidador, porque restan tiempo y calidad de cuidado.	1	2	3	4	5
7. El confiar el cuidado de un familiar dependiente a una persona ajena contratada, sería equivalente a rebajar la seguridad y la calidad del cuidado que le presta su familiar allegado.	1	2	3	4	5
8. Es normal que las hijas solteras o separadas sin cargas familiares tengan la obligación prioritaria de asumir el cuidado como cuidadoras principales frente al resto de los familiares.	1	2	3	4	5
9. Las mujeres tienen mayor capacidad para ser cuidadoras de personas dependientes que los hombres.	1	2	3	4	5
10. Es un signo de debilidad personal si un hombre expresa sus emociones.	1	2	3	4	5
11. Negarse a cuidar a un familiar en casa es sinónimo de ser mala persona.	1	2	3	4	5
12. Cuando se acepta la responsabilidad del cuidado de un familiar en situación de dependencia, tiene que mantenerse inflexible hasta el final de sus días.	1	2	3	4	5
13. Cuando las personas contratan servicios u otras personas para cuidar a su familiar es una forma de abandono.	1	2	3	4	5
14. Las familias que envían a sus mayores a una residencia en realidad lo que quieren es deshacerse de su familiar dependiente.	1	2	3	4	5
15. Cumplir con todas las demandas de la persona dependiente significa ser mejor cuidador.	1	2	3	4	5

## CORRECCIÓN

SUBESCALA AFRONTAMIENTO APROPIADO (AUTOCUIDADOS + CONCILIACIÓN) =  
3,4,6,7,11,12,13,14,15

SUBESCALA GÉNERO = 1,2,5,8,9,10

## INTERPRETACIÓN RESULTADOS

### AFRONTAMIENTO APROPIADO

- <33= AFRONTAMIENTO INADECUADO;
- 33-37= AFRONTAMIENTO MODERADAMENTE INADECUADO; 38-41=  
AFRONTAMIENTO MODERADAMENTE ADECUADO;
- >41 AFRONTAMIENTO ADECUADO

### ACTITUDES DE GÉNERO

- <24=ACTITUDES DE GÉNERO QUE NO FOMENTAN EL CUIDADO EQUILIBRADO
- 24-26=ACTITUDES DE GÉNERO QUE FOMENTAN POCO EL CUIDADO EQUILIBRADO
- 27-29=ACTITUDES DE GÉNERO QUE FOMENTAN MODERADAMENTE EL CUIDADO  
EQUILIBRADO
- >29=ACTITUDES DE GÉNERO QUE FOMENTAN EN GRAN MEDIDA EL CUIDADO  
EQUILIBRADO

