



**Prevención del Síndrome del Cuidador Quemado
en Familiares de Personas Dependientes: Una
Propuesta de Intervención**

**Prevention of Caregiver Burnout Syndrome in
Families of Dependent Individuals: An
Intervention Proposal**

Jairo Rojano Saavedra

Tutorización: Dra. Adriana Álamo Muñoz

Programa de Intervención

Máster en Intervención y Mediación Familiar, Social y Comunitaria

Universidad La Laguna

Julio del 2024

Índice

Resumen	2
Abstract	2
Introducción	3
La situación de Dependencia en España y su Relación con el Síndrome del Cuidador Quemado	5
<i>Programas para paliar las consecuencias de los cuidados</i>	8
Metodología	9
Estructura del programa.....	9
Destinatarios	12
Procedimiento.....	12
Metodología del Programa	13
Resultados	13
Sesión 0. Construyendo cimientos: conociéndonos	14
Módulo 1: Sumando junto a ti	16
Sesión 1.1. El poder de la palabra	17
Módulo 2. Mens sana y corpore sano: Cuidando cuerpo y mente.....	19
Sesión 2.1. Energía positiva: Bienestar en el cuidado	20
Módulo 3: Ahora me toca a mí	22
Sesión 3.2: Equipo en acción.....	23
Módulo 4: MímaME, mímaTE.....	25
Sesión 4.2: Recargándome	26
Módulo 5: Cuidando a la persona cuidadora	28
Sesión 5.1. Prevención en práctica	29
Diseño de evaluación.....	31
Discusión y conclusiones	32
Referencias	34
Anexos	42
<i>ANEXO 1. Instrumentos de evaluación</i>	42
<i>ANEXO 2: Material complementario de las sesiones desarrolladas</i>	49

Resumen

El síndrome del cuidador quemado se refiere a un estado de agotamiento físico, emocional y mental que puede afectar a las personas que cuidan a familiares dependientes debido a la carga prolongada y continua del cuidado. Este trabajo tiene como objetivo principal desarrollar un programa de intervención para prevenir este síndrome en cuidadores informales, abordando sus necesidades emocionales, físicas y sociales.

La intervención propuesta se organiza en cinco módulos, cada uno compuesto de dos a tres sesiones. Estos módulos abordan temas como la comunicación, el manejo de emociones, técnicas de reducción del estrés, desarrollo de habilidades comunicativas, fortalecimiento de redes de apoyo, estrategias de autocuidado y planificación y organización del tiempo. La metodología utilizada es experiencial, lo que incentiva la interacción y el intercambio de experiencias entre los participantes, potenciando el aprendizaje y la internalización de los conceptos. La evaluación del programa se realiza mediante instrumentos estandarizados aplicados antes y después de la intervención, permitiendo valorar los cambios en las habilidades y el bienestar de los cuidadores. Se enfatiza la adaptabilidad del programa a las circunstancias particulares de las personas, considerando su tiempo limitado y necesidades individuales.

Por todo ello, el programa ofrece un abordaje integral para la prevención del síndrome del cuidador quemado, proporcionando herramientas prácticas y apoyo emocional para mejorar la calidad de vida de los cuidadores informales y las personas a su cuidado. A través de sesiones bien estructuradas y una metodología experiencial, se promueve un ambiente de aprendizaje colaborativo y de apoyo mutuo, destacándose por su enfoque participativo y su planteamiento basado en evidencias.

Palabras clave: síndrome del cuidador quemado, personas cuidadoras, personas dependientes, programa de intervención grupal, metodología experiencial.

Abstract

The caregiver burnout syndrome refers to a state of physical, emotional, and mental exhaustion that can affect individuals caring for dependent family members due to the prolonged and continuous nature of caregiving. This paper aims to develop an intervention programme to prevent this syndrome in informal caregivers by addressing their emotional, physical, and social needs.

The proposed intervention is organised into five modules, each consisting of two to three sessions. These modules cover topics such as communication, emotion management, stress reduction techniques, development of communication skills, strengthening support networks, self-care strategies, and time management and organisation. The methodology employed is experiential, encouraging interaction and the exchange of experiences among participants, thereby enhancing learning and internalisation of concepts.

The programme evaluation is conducted using standardised instruments administered before and after the intervention, allowing assessment of changes in caregivers' skills and wellbeing. Emphasis is placed on the programme's adaptability to individual circumstances, considering participants' limited time and specific needs.

Therefore, the programme offers a comprehensive approach to preventing caregiver burnout syndrome, providing practical tools and emotional support to improve the quality of life for informal caregivers and their dependents. Through well-structured sessions and an experiential methodology, the programme promotes a collaborative and supportive learning environment, distinguished by its participatory approach and evidence-based design.

Keywords: caregiver burnout syndrome, caregivers, dependent individuals, group intervention programme, experiential methodology.

Introducción

La elección del tema propuesto ha sido una decisión profundamente personal y profesional. Como psicólogo sanitario en el servicio de ayuda a domicilio especializado (SADE), he trabajado directamente con personas en situación de dependencia y sus cuidadores familiares. Esta experiencia me ha permitido identificar carencias y necesidades críticas que enfrentan los cuidadores informales.

Primero, trabajar a domicilio con personas dependientes, principalmente mayores y algunas con discapacidades sobrevenidas, me ha permitido entender las complejidades y desafíos que enfrentan tanto los cuidadores informales como las personas dependientes. He sido testigo de la carga emocional y física abrumadora que implica cuidar a un ser querido dependiente. Esta carga puede manifestarse como estrés, agotamiento físico, ansiedad y depresión (Párraga Zambrano y Guzmán Ramírez, 2021). Muchos cuidadores informales carecen del apoyo y los recursos necesarios para manejar estas situaciones de

manera efectiva. Además, he notado que los cuidadores informales a menudo no tienen la formación y la información necesarias para brindar un cuidado óptimo. Se encuentran desorientados, sin comprender las necesidades específicas de la persona dependiente o cómo abordar aspectos del cuidado como la higiene, la movilidad y la comunicación. Esta falta de capacitación puede resultar en un cuidado inadecuado y situaciones de riesgo para la salud y el bienestar del dependiente y del cuidador. Asimismo, he observado una profunda falta de apoyo emocional y social para los cuidadores informales. A menudo se sienten solos y aislados, sin tener a quién recurrir para compartir sus preocupaciones, encontrar consuelo o recibir orientación. La carga del cuidado puede afectar negativamente las relaciones interpersonales y llevar a sentimientos de culpa o resentimiento, preguntándose “¿lo estaré haciendo bien?” (Zambrano y Ceballos, 2007). Es crucial reconocer que los cuidadores también necesitan apoyo para continuar con su labor de manera sostenible.

Otro desafío importante es la gestión del tiempo y el equilibrio entre las responsabilidades de cuidado y otras obligaciones personales, como el trabajo, las tareas domésticas y el autocuidado. Muchos cuidadores informales se sienten abrumados por las constantes demandas del cuidado, lo que les deja poco tiempo o energía para sus propias necesidades, descuidando su salud y bienestar. Es esencial que los cuidadores aprendan a priorizar su salud física, emocional y mental, y tengan acceso a recursos y servicios que les ayuden a mantener un buen estado de salud y a enfrentar los desafíos del cuidado de manera efectiva.

La gestión de las emociones es otro aspecto crítico para los cuidadores informales, quienes pueden experimentar una amplia gama de sentimientos, desde amor y gratitud hasta frustración, ira y tristeza. A menudo se sienten culpables por tener emociones negativas o por no cumplir con sus propias expectativas como cuidadores. Necesitan un espacio seguro y de apoyo para procesar estas emociones de manera saludable y constructiva.

La comunicación con los familiares, especialmente con la persona dependiente, puede ser un desafío significativo para los cuidadores informales. En momentos de tensión, las dificultades de comunicación pueden generar frustración y estrés tanto para el cuidador como para la persona dependiente. Las situaciones de nerviosismo pueden agravar estas barreras, dificultando la comprensión mutua y la satisfacción de las necesidades básicas. Aprender estrategias de comunicación efectivas y comprender las

necesidades individuales del dependiente son esenciales para mejorar la calidad del cuidado y fortalecer la relación entre el cuidador y su ser querido.

A pesar de los programas de apoyo implementados por las administraciones públicas, como el SADE, que benefician a las personas dependientes y a sus cuidadores, aún existe una brecha en la cobertura de las necesidades integrales de la familia. Este programa se desarrollará a partir de los conocimientos y habilidades adquiridos durante el Máster en Intervención y Mediación Familiar, Social y Comunitaria. El pilar fundamental es la metodología será experiencial, que permite a los participantes proponer sus propios objetivos de cambio, facilitando una transformación más profunda y una implementación más efectiva en contextos familiares.

La situación de Dependencia en España y su Relación con el Síndrome del Cuidador Quemado

Según la definición proporcionada por el Consejo de Europa hace unos años, las personas dependientes son aquellas que requieren la asistencia de otros para llevar a cabo diversas actividades, tanto relacionadas con el autocuidado (como comer, vestirse, bañarse, etc.) como con la gestión del entorno (tales como cocinar, limpiar la casa, comprar, etc.). Comúnmente, estas actividades se denominan "actividades básicas de la vida diaria" (ABVD) para aquellas vinculadas al autocuidado, y "actividades instrumentales de la vida diaria" (AIVD) para las relacionadas con el mantenimiento del entorno (Consejo de Europa, 1995). El desarrollo de enfermedades crónicas y los cambios físicos y mentales (demencias) asociados al envejecimiento son los principales motivos que contribuyen a la aparición de situaciones de dependencia en las personas mayores (Manton et al., 1997). A pesar de que, en España, en los últimos años se ha observado una tendencia a la baja en el porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia, a 31 de marzo de 2024, hay 1.954.635 personas con algún grado de dependencia reconocido. De estas, 1.569.015 personas reciben alguna prestación. En Canarias, son 54.153 las personas con alguna resolución de grado reconocida, de las que 47.591 tienen derecho a prestación. Estos cuidados familiares son asumidos en un 88% por las mujeres (Casado-Marín, 2006; Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2024).

Aunque parezca incompatible con lo mencionado anteriormente en relación con la disminución del porcentaje de mayores con dependencia, en los países occidentales hay una creciente preocupación por el considerable aumento en las tasas estimadas de demencia en la población anciana. Esta predicción parece plausible considerando la

estrecha relación entre la demencia y la vejez, así como el aumento esperado en la esperanza de vida en los países occidentales (Moise et al., 2004; Rieder-Heller et al., 2006). Según el Informe Mundial sobre el Alzheimer (2009), para 2030 y 2050, la estimación de personas con demencia en Europa será del 13,95% y 18,65% respectivamente sobre el total de la población.

En nuestro país, gracias a la entrada en vigor de la Ley de Dependencia (Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia) y, concretamente en Canarias, con la Ley 16/2019, de Servicios Sociales de Canarias, se regularon y organizaron los servicios sociales en la región, incluyendo los servicios de atención a personas en situación de dependencia. Esta ley establece un sistema de servicios sociales con la finalidad de garantizar derechos y prestar apoyos a las personas y familias que lo necesiten, entre los que se incluyen los servicios de atención a la dependencia de personas mayores y con discapacidad.

A pesar de las prestaciones que se establecen en la ley, la gran mayoría de aquellos que necesitan asistencia para realizar sus actividades diarias dependen principalmente del cuidado informal, es decir, que las políticas públicas van destinadas a que sea la familia la encargada de asumir la provisión del bienestar de la persona dependiente (Rodríguez, 2004). El interés en investigar el impacto de los cuidados a largo plazo en los cuidadores y en las redes de apoyo informales es relativamente nuevo en la mayoría de los países. Los primeros estudios sobre el cuidado informal surgieron en países de habla inglesa y se enfocaban en entender cómo el cuidado afectaba a la unidad familiar en general, abordando diversas problemáticas. En muchos países europeos, la mayoría de los estudios sobre este tema se han llevado a cabo en conjunción con el análisis de la problemática asociada a lo que se ha denominado la "Crisis del estado de bienestar". (Rodríguez, 2004). La persistencia del "modelo de protección social invisible" tiene un impacto especialmente duro, como se dijo anteriormente, en las mujeres en diversas dimensiones que afectan negativamente a su desarrollo completo y bienestar: al dedicarse a cuidar a todos los miembros de la familia, desde la infancia hasta la vejez, a menudo sacrifican la oportunidad de desarrollar una carrera profesional completa (renuncian a buscar empleo o lo abandonan, reducen sus jornadas laborales, rechazan oportunidades de ascenso, entre otras acciones). Como resultado, al llegar a la vejez, se encuentran con escasos recursos y sin suficientes prestaciones sociales para disfrutar de una calidad de vida adecuada (Rodríguez-Rodríguez, 2005). Además, en la actualidad, las familias tienden a ser más pequeñas, lo que resulta en una distribución del cuidado de las personas dependientes

entre un número reducido de personas. Esta situación, junto con la creciente participación de las mujeres en el ámbito laboral, complica cada vez más la labor de cuidar a las personas dependientes (Brodaty y Donkin, 2009).

Entre aquellos que asumen la responsabilidad del cuidado, a menudo surgen una serie de síntomas que conforman el síndrome del cuidador quemado. Este síndrome se caracteriza por la aparición de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, dificultad para dormir, falta de concentración, apatía, pérdida de apetito, dolores de cabeza y, en algunos casos, el abuso de sustancias nocivas, entre otra sintomatología. Los cuidadores experimentan sentimientos de culpa y sacrifican sus actividades recreativas y sociales, así como sus relaciones con amigos, para dedicarse por completo al cuidado. Además, pueden manifestar tristeza, tensión emocional, incapacidad para relajarse, aislamiento social y sentimientos de soledad. (Zambrano y Ceballos, 2007). Entre las razones y elementos que aumentan el riesgo de que los cuidadores de personas dependientes desarrollen el síndrome del cuidador quemado se incluyen los siguientes aspectos: una mayor probabilidad relacionada con la edad avanzada de la persona dependiente, la presencia de comportamientos agresivos, la existencia de múltiples enfermedades o trastornos físicos, la falta de colaboración por parte de otros miembros de la familia, la carencia de capacitación e información para el cuidador, y la falta de participación en asociaciones o grupos de apoyo. (Villarejo et al., 2012). Por otra parte, se ha encontrado evidencia de una diferencia significativa en el riesgo de trastornos mentales en cuidadores informales que cuidan de personas mayores con y sin ciertos trastornos mentales. No obstante, solicitar servicios de cuidado formal además de la provisión de cuidado informal disminuye la aparición de trastornos en cuidadores informales (Lindenbaum et al., 2014).

Según Mora (2017), las personas con síndrome del cuidador quemado atraviesan por una serie de fases. La falta de reciprocidad entre el cuidador y la persona dependiente, junto con la actuación desinteresada o el deseo de realizar su labor profesional de manera efectiva por parte del cuidador, a menudo conduce a una profunda frustración y desencadena el síndrome del cuidador quemado. Las fases son las siguientes:

1. Fase de adaptación o resignación.
2. Fase de perplejidad.
3. Fase de impotencia.
4. Fase de dualidad o ambivalencia.
5. Fase de cansancio y soledad.
6. Fase de vacío o liberación tras el fallecimiento del paciente.

La relevancia del respaldo proporcionado por diversas redes de apoyo a las personas dependientes en todas las etapas de la vida tiene un impacto directo en su bienestar y en sus perspectivas de una vida satisfactoria, lo cual afecta directamente la vida del cuidador principal. Entre todas las redes de apoyo, se reconoce que la familia ofrece el mayor respaldo material o práctico, mientras que los amigos o vecinos suelen satisfacer mejor las necesidades emocionales (IMSERSO, 1999). Con el objetivo de respaldar a los cuidadores y mitigar las consecuencias de los cuidados a largo plazo, se implementan distintos programas e intervenciones de apoyo desde diversos niveles de atención social y sociosanitaria. En este sentido, se destacan numerosas iniciativas, incluidos programas y recursos públicos que sirven para paliar las consecuencias de los cuidados. (IMSERSO, 1999).

Programas para paliar las consecuencias de los cuidados

Dada la preocupación por el aumento de la población mayor de 65 años y sus necesidades de cuidados, se han ido elaborando diferentes programas de intervención enfocados a paliar las consecuencias del síndrome del cuidador quemado en personas cuidadoras informales. En el marco internacional, encontramos los trabajos de Cerquera y Pabón (2015) y de Espín (2011). El primero se trata de un programa de intervenciones psicológicas, concretamente desde un enfoque cognitivo-conductual, con personas cuidadoras informales de personas con Alzheimer. Este tipo de intervención se ha demostrado que es más eficaz que aquellas que se centran en transmitir conocimiento (Zabalegui et al., 2008, en Cerquera y Pabón, 2015). El segundo trabajo se trata de un programa psicoeducativo, con el objetivo de abordar aspectos relacionados con la enfermedad, el cuidado, el rol del cuidador y el autocuidado (Espín, 2011).

En España también se han realizado trabajos en este sentido, que Torres et. al (2008) recogen en una revisión sistemática. La mayoría de estos programas son de corte psicoeducativo en los que se ofrece información y formación a las personas cuidadoras (Biurrun y Artaso, 2003; Conde, 1996; Escós et. al, 2001; Fernández, 2003; López y Pérez, 1999; Márquez et. al, 1997; Millán et. al, 1999; Mouronte et. al, 2001; Píriz, 1997). El resto de los programas se abordan desde la perspectiva de la terapia psicológica cognitivo-conductual para modificar pensamientos disfuncionales y resolución de problemas (Losada et. al, 2004; Martín et. al, 1999); aprendizaje sobre relaciones y técnicas de apoyo emocional y social (Biurrun y Artaso, 2003; Conde, 1996; Gandoy,

1999); técnicas de manejo del estrés y la ansiedad (Escós et. al, 2001; Toribio y Ramírez, 1997; Castellanos y Nonay, 2000; Millán et. al, 1999); ansiedad y depresión (Vinyoles et. al, 2001) o refuerzo motivacional (López et. al, 1998).

Todos estos programas tienen en común la especificidad, es decir, suelen abarcar una o dos necesidades de entre toda la problemática que pueden llegar a presentar las personas cuidadoras. Además, se basan en la transmisión de técnicas y herramientas para abordarlas. Sin embargo, el presente trabajo tiene como principal objetivo desarrollar un programa de intervención que permita a las personas cuidadoras desarrollar un conjunto integral de habilidades y aumentar sus apoyos para mejorar su bienestar personal y la calidad del cuidado que brindan a las personas dependientes, promoviendo su desarrollo personal, social y emocional, así como la prevención del síndrome del cuidador quemado. Todo ello desde el enfoque de la metodología experiencial.

Metodología

Estructura del programa

El programa está formado por cinco módulos, con un total de por doce sesiones. La secuenciación de los contenidos está diseñada para proporcionar una progresión lógica y efectiva, comenzando con habilidades de comunicación y apoyo social, avanzando hacia la gestión del estrés y el bienestar, la gestión del tiempo, el cuidado especializado y la prevención del agotamiento y finalizando con el síndrome del cuidador quemado en general. Esta estructura asegura que los participantes desarrollen progresivamente un conjunto de habilidades y conocimientos que les permitirán mejorar tanto su bienestar como la calidad del cuidado que brindan. También presenta una sesión inicial, previa al inicio de los módulos. Establece un fundamento sólido para el programa al crear un ambiente de confianza y clarificar las expectativas. Esto es crucial para asegurar una participación comprometida y efectiva a lo largo del programa.

El programa finaliza con la sesión de cierre, la “5.2. Abrazando el futuro”. Es importante proporcionar una sesión final porque proporciona una oportunidad colectiva para reflexionar sobre los logros, consolidar el aprendizaje y preparar a los participantes para el futuro. Esta sesión ayuda a cerrar el ciclo de aprendizaje de manera positiva y motivadora, fomentando la aplicación continua de las habilidades adquiridas.

Tabla 1

Estructura del programa: módulos, contenidos y objetivos, distribución de sesiones y actividades

Módulos	Contenidos	Objetivos	Sesiones	Actividades
Sesión 0: Construyendo cimientos: conociéndonos	-Normas. - Expectativas. -Sentimiento de pertenencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer las normas de funcionamiento en el grupo. 2. Fomentar la creación de un ambiente de confianza entre las personas participantes. 3. Conocer las expectativas del grupo respecto al programa. 4. Reforzar la importancia del compromiso y la responsabilidad hacia el programa. 	Sesión 0. Construyendo cimientos: conociéndonos	Actividad 1. Pasando, conectando Actividad 2. Visualizando nuestro viaje Actividad 3. Construyendo nuestro espacio seguro Actividad 4. Compartiendo historias Actividad 5. Compromiso de Corazón
Módulo 1: Sumando junto a ti	-Comunicación asertiva. -Construcción de redes de apoyo social.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la adopción de habilidades de comunicación asertiva para expresar necesidades y sentimientos de manera efectiva y respetuosa. 2. Motivar la práctica de la escucha activa y la empatía en las interacciones diarias. 3. Explorar las redes de apoyos de las personas participantes. 4. Reforzar la importancia de las relaciones interpersonales positivas en la vida de la persona cuidadora. 5. Desarrollar la creación de nuevos apoyos sociales sólidos en las personas cuidadoras. 	Sesión 1.1. El poder de la palabra	Actividad 1: Asertividad en Acción. Actividad 2: Reflejando voces. Actividad 4: Compromiso para una comunicación efectiva.
Módulo 2: Mens sana in corpore sano: Cuidando cuerpo y mente	-Gestión de emociones negativas y del estrés. -Cuidado físico y salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la identificación de emociones negativas, así como factores estresantes, en personas cuidadoras. 2. Desarrollar habilidades y técnicas de gestión del estrés y de las emociones negativas. 3. Impulsar la práctica regular de actividades que reduzcan el estrés. 4. Estimular la conexión entre bienestar físico y bienestar emocional. 5. Motivar la implementación de rutinas de ejercicio físico adaptadas a las necesidades de cada participante. 	Sesión 1.2. Redes que sostienen Sesión 2.1. Energía positiva: Bienestar en el cuidado. Sesión 2.2. Llegar a buen puerto. Sesión 2.3. Bienestar en movimiento.	Actividad 1. Conectando puentes. Actividad 2. Red de resonancia. Actividad 3. Compromisos solidarios. Actividad 1: Ventanas al cuidado: Visualizando estrategias emocionales. Actividad 2: Mapeando emociones: Exploración personal. Actividad 3: Compromisos resilientes. Actividad 1. Reflejos de serenidad. Actividad 2. Un viaje interior. Actividad 3. Compromisos de superación. Actividad 1. Circuito de energía. Actividad 2. Diario de movimiento. Actividad 3. Comprometiéndonos con la constancia

Módulo 3: Ahora me toca a mí	-Gestión del tiempo. - Corresponsabilidad y delegación de tareas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estimular la reflexión sobre los patrones actuales de uso del tiempo y la identificación de áreas de mejora. 2. Promover la adquisición de técnicas para aprender a priorizar tareas y optimizar el uso del tiempo. 3. Reflexionar acerca del impacto positivo de la corresponsabilidad y la delegación de tareas en la calidad de vida de la persona cuidadora y la persona cuidada. 4. Facilitar la identificación de tareas que pueden ser delegadas y la selección adecuada de personas de apoyo. 5. Reforzar la importancia de establecer límites y comunicarse de manera clara en la delegación de tareas. 	Sesión 3.1. El tiempo en tus manos	<p>Actividad 1. Observatorio del tiempo. Actividad 2. El ladrón del tiempo. Actividad 3. Contrato temporal.</p>
Módulo 4: MímaME, mímaTE	-Cuidado de personas dependientes -Autocuidado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la adquisición de conocimientos sobre las necesidades específicas de las personas dependientes y cómo abordarlas. 2. Impulsar el desarrollo de habilidades para proporcionar cuidados de calidad y mantener la dignidad y el respeto de la persona dependiente, reduciendo la ansiedad que genera el no saber si están llevando a cabo un cuidado eficaz. 3. Analizar la importancia de priorizar el autocuidado como parte de cuidar a personas dependientes, para garantizar un cuidado efectivo y sostenible a largo plazo. 4. Impulsar el mantenimiento de rutinas de autocuidado 	Sesión 3.2. Equipo en acción	<p>Actividad 1. Compartiendo el Timón: Delegación y Corresponsabilidad en el Cuidado. Actividad 2. Reflejando el Cuidado: Consecuencias de Nuestras Acciones. Actividad 3. Compromisos transformadores.</p>
Módulo 5: Cuidando a la persona cuidadora	-Síndrome del cuidador quemado -Reflexión del progreso y cierre del programa.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear conciencia sobre los signos y síntomas del síndrome del cuidador quemado. 2. Fomentar la comprensión de las consecuencias físicas, emocionales y sociales del síndrome para la persona cuidadora y la persona dependiente. 3. Promover el análisis de las propias necesidades de las personas cuidadoras. 4. Reflexionar sobre el progreso individual y colectivo de las personas participantes a lo largo del programa. 5. Fomentar un sentido de logro y satisfacción por los avances realizados durante el programa. 6. Promover la aplicación de lo aprendido en su vida diaria y en su práctica de cuidado. 7. Fomentar la conexión y el apoyo continuo entre las personas participantes más allá del programa. 	Sesión 4.1: Cuidadores en formación: elevando los cuidados	<p>Actividad 1. Laboratorio de estrategias. Actividad 2. Academia del cuidado. Actividad 3. Comprometidos con el cuidado.</p>
			Sesión 4.2: Recargándome	<p>Actividad 1. CuidArte. Actividad 2. Espejo de nuestros cuidados. Actividad 3. Metas en el cuidado.</p>
			Sesión 5.1: Prevención en práctica	<p>Actividad 1. Guardianes del cuidado. Actividad 2. Detectives del cuidado. Actividad 3. Autocuidado en acción.</p>
			Sesión 5.2: Abrazando el futuro	<p>Actividad 1. ¡Descubre nuevas rutas! Actividad 2. Laberinto de resultados. Actividad 3. Alianza fortalecida.</p>

Destinatarios

El programa irá destinado a personas que estén comenzando a cuidar de personas dependientes. Estas personas pueden ser padres, madres, hijas, hijos, parejas, hermanos/as u otros parientes cercanos de la persona dependiente. Principalmente tendrán una edad que abarca el rango de los 50 a los 70 años, aunque también puede haber participantes que sean más jóvenes o mayores que se salgan de este rango y vendrán derivadas de los servicios sociales municipales en colaboración con el Cabildo de Tenerife y se intentarían formar los grupos con personas del mismo municipio o municipios cercanos. Los servicios sociales harán un cribado administrando la escala para la depresión de Beck BDI-II y se descartarán aquellas personas que superen el punto de corte del instrumento. Por cuestiones inherentes a la cultura, quienes asumen el rol de cuidados son mayoritariamente las mujeres, por lo que se espera que estas representen un porcentaje mayor entre las personas participantes (Casado-Marín, 2006). Por este motivo, se priorizará la inscripción de hombres al programa cuando las personas interesadas superen el número de plazas disponibles.

Procedimiento

Una vez derivadas las personas participantes, se formarán grupos de entre 10 y 15 personas que compartan características y necesidades similares, como el tiempo que llevan siendo personas cuidadoras, asegurando también que los horarios sean convenientes para todos y promoviendo así una alta asistencia y participación. El programa es implementado por facilitadores/as capacitados/as en áreas relacionadas con la psicología y la salud física, con experiencia en metodología experiencial. Antes de la implementación, se llevará a cabo una formación de facilitadores para garantizar la fidelización del programa.

Las sesiones se llevan a cabo en un entorno cómodo y accesible, como un centro comunitario, o una organización local de apoyo a cuidadores. Todo esto se realiza con el respaldo de una entidad local, como son los servicios sociales municipales o una asociación de cuidadores (ACUFADE), financiados por el Cabildo de Tenerife. Hay que tener en cuenta que la duración de la implementación será de tres meses. Adicionalmente, se contará con tres sesiones para la realización de la evaluación: una para la evaluación inicial, tras la sesión 0, una evaluación final, tras la sesión 5.2. y una para la evaluación de seguimiento, un año después de la finalización del programa.

Metodología del Programa

El programa sigue una metodología experiencial, ya que ha demostrado obtener mejores resultados de desarrollo de competencias personales frente a otras metodologías más tradicionales (Mediavilla y Gómez Barrios, 2021). Para la realización de las actividades, se parte de los conocimientos de las personas cuidadoras, de sus experiencias, de sus problemas y de las dificultades de su entorno social y familiar, teniendo en cuenta los sentimientos que derivan de estas. Con ello, no sólo se promueve la participación de las personas, sino que también se fomenta una verdadera reflexión en la que estas van tomando conciencia de sus conductas y de las consecuencias que se derivan de ellas, para finalmente proponer objetivos reales de cambio (Rodrigo et al., 2010).

Según Rodrigo et al. (2010), esta metodología se divide en dos fases: la fase impersonal y la fase personal. La fase impersonal consta de dos períodos: la introducción y la observación de alternativas. El propósito de la introducción es motivar a las participantes y captar su atención, familiarizándolas con el tema y su importancia, lo cual da sentido y significado a la sesión. Por otro lado, la observación de alternativas busca promover el perspectivismo en las participantes para que comprendan que, ante una misma situación, existen diferentes formas de actuar, sentir y razones que motivan esos comportamientos. La fase personal, por su parte, se compone de tres períodos: la explicitación de la forma de actuar, el análisis de las consecuencias y la verbalización de objetivos personales de cambio. La explicitación de la forma de actuar pretende que el participante tome conciencia de cómo actúa, piensa y siente en situaciones cotidianas. El análisis de las consecuencias tiene como objetivo examinar las consecuencias positivas y negativas de las acciones explicitadas anteriormente. Finalmente, la verbalización de objetivos personales de cambio busca que el participante adquiera un compromiso de cambio de actitud basado en la reflexión y el análisis realizados durante la sesión.

Resultados

A continuación, se presenta el desarrollo de la justificación de los módulos, así como de las seis de las sesiones que componen el programa. Posteriormente se desarrolla la propuesta de diseño de evaluación de este.

Tabla 2

Desarrollo de la sesión inicial

Sesión 0. Construyendo cimientos: conociéndonos

Introducción. Esta sesión tiene como objetivo principal que las personas participantes se conozcan mutuamente, creando un ambiente de confianza y seguridad donde se pueda trabajar eficazmente a lo largo del programa. Es crucial que el grupo se sienta a gusto y relajado colaborando, ya que la dinámica del programa requiere una gran cantidad de trabajo en equipo y se enriquece a través de las interacciones personales y el intercambio de experiencias. Por ello, en esta sesión se fomentará la creación de un ambiente de confianza; se establecerán las normas para garantizar el funcionamiento del grupo; se conocerán las expectativas de las personas participantes con respecto al programa y se abordará la necesidad de comprometerse con este.

Objetivos

1. Fomentar la creación de un ambiente de confianza entre las personas participantes.
2. Establecer las normas de funcionamiento en el grupo.
3. Conocer las expectativas del grupo respecto al programa.
4. Reforzar la importancia del compromiso y la responsabilidad hacia el programa.

Recursos

- Pelota
- Hojas de papel
- Bolígrafos
- Pizarra
- Rotuladores de pizarra

Actividad 1. Pasando, conectando (10 min)

El objetivo de esta actividad es fomentar la creación de un ambiente de confianza entre las personas participantes. Para ello, se llevará a cabo una dinámica de presentación utilizando una pelota. En primer lugar, la persona facilitadora les pedirá a las personas participantes que se sienten en un círculo, formando así un espacio de encuentro donde cada persona puede ver al resto de participantes. Posteriormente el facilitador o facilitadora iniciará la interacción presentándose y luego lanzará la pelota a alguien de manera aleatoria. Al recibir la pelota, cada participante tiene que presentarse ante el grupo, diciendo su nombre y algún dato más que quiera compartir. Tras esto, la persona debe lanzar la pelota a otra persona, sin importar un orden concreto, para que la persona que reciba la pelota haga lo mismo. Cuando todas las personas hayan participado, la persona facilitadora destacará que todas las personas que participan en el programa han comenzado recientemente a cuidar a otra persona y en este espacio tendrán la oportunidad de compartir sus experiencias y centrarse en su propio cuidado.

Actividad 2. Visualizando nuestro viaje (15 min)

Esta actividad tiene como objetivo conocer las expectativas del grupo respecto al programa. La persona facilitadora entregará a cada participante una hoja de papel en la que tendrá que escribir sus expectativas sobre el programa. Se trata de que expresen qué esperan conseguir con su participación en el mismo. Luego, de manera voluntaria, cada participante compartirá en voz alta sus expectativas, al grupo. El facilitador o facilitadora va recogiendo las expectativas en una pizarra visible para todas las personas y las agrupa según se vayan repitiendo. Para concluir, hará un resumen partiendo de las expectativas que más se repiten, resaltando que estas son el motor que les mueve a comenzar con este programa y que, para que se cumplan, es necesario implicarse en el proceso y cumplir con ciertas normas que facilitarán la marcha del programa. Con ello dará paso a la siguiente actividad.

Actividad 3. Construyendo nuestro espacio seguro (25 min)

En esta actividad se elaborarán, de manera democrática, las normas que facilitarán la consecución de los objetivos del programa. El facilitador o facilitadora explicará a las personas participantes que piensen en una norma que crean que es importante tener en cuenta para fomentar un clima positivo y de unión durante las sesiones. Posteriormente, escribirá en una cartulina el título "Nuevos comienzos, nuevas reglas" y solicita a cada participante que sugiera la norma que ha pensado. Esta cartulina estará presente en todas las sesiones del programa. Con cada norma propuesta, la persona facilitadora pedirá al resto del grupo que indique si están de acuerdo con ella y por qué. Así sucesivamente hasta que se forme un decálogo de al menos 10 normas. El facilitador o facilitadora deberá sugerir algunas normas, como pueden ser la puntualidad, el respeto y la confidencialidad, en caso de que no sean propuestas por el grupo ya que son indispensables para el buen funcionamiento del programa. Finalmente, las participantes firman en la cartulina como forma de mostrar su acuerdo con las normas.

Actividad 4. Compartiendo historias (25 min)

El objetivo de esta actividad es fomentar la creación de un ambiente de confianza entre las personas participantes. Para ello, la persona facilitadora pedirá a las participantes que vuelvan a formar un círculo. Cada persona compartirá, de manera voluntaria, a quién cuida y desde cuándo, así como una breve anécdota o un aspecto significativo de su experiencia como persona cuidadora. Después de que todas las personas que lo desean han participado, el facilitador o facilitadora animará al grupo a reflexionar sobre cómo se sintieron al compartir y escuchar las historias, destacando la importancia de la confianza en el grupo. Añadirá que, en este programa, podrán reflexionar sobre su papel como cuidadores y sobre aspectos importantes a tener en cuenta para su propio autocuidado puesto que, para cuidar a otras, lo primero es estar en las mejores condiciones.

Actividad 5. Compromiso de Corazón (15 min)

Con esta actividad se pretende reforzar la importancia del compromiso y la responsabilidad hacia el programa. Manteniendo el círculo, el facilitador o facilitadora explicará la importancia del compromiso y la responsabilidad de cada participante para el éxito del programa. Les pedirá que imaginen que hay un cesto en medio del círculo en el que cada persona puede aportar su propia cualidad o fortaleza para hacer más fuerte al grupo. Posteriormente dirá su propia cualidad o fortaleza y representará cómo la mete en la cesta. Luego pedirá a las personas participantes que compartan en voz alta lo que quieren aportar ellas al grupo y al programa para que sea exitoso. Cuando todas las personas hayan participado, el o la facilitadora cerrará la sesión agradeciendo el compromiso y poniendo énfasis en que el grupo unido puede lograr todos los objetivos que se propongan.

Módulo 1: Sumando junto a ti

En el cuidado de personas dependientes, la calidad de las interacciones diarias impacta significativamente el bienestar emocional y físico tanto del cuidador como de la persona a su cuidado. La comunicación asertiva y la escucha activa son esenciales para expresar necesidades y sentimientos de manera clara y respetuosa, mientras se comprende al otro (Ardila Ariza y Castiblanco Montero, 2019). La comunicación asertiva ayuda a establecer límites saludables, prevenir malentendidos y resolver conflictos constructivamente, fomentando un ambiente de respeto mutuo y colaboración, crucial en situaciones de cuidado complejas (Lanzón Serra, 2013).

La escucha activa implica atención plena, reconocimiento de emociones y respuesta empática, construyendo una conexión más profunda y significativa con la persona dependiente, asegurando que se sienta escuchada y valorada. Esto fortalece la relación de cuidado y crea un ambiente de confianza y apoyo (Casado Hidalgo, 2024).

El apoyo social se vincula con la valoración de la red de apoyo y los recursos que proporciona (Gracia, 1997). Este apoyo surge del intercambio de relaciones, manifestándose a través de afecto, validación y ayuda tanto simbólica como material (Muñoz, 2000). Contribuye a una percepción más positiva del entorno y fomenta el autocuidado y el aprovechamiento de recursos personales y sociales (Barra, 2004). Investigaciones indican que el apoyo social es crucial para los cuidadores familiares, influyendo positivamente en su calidad de vida y siendo un predictor significativo de la satisfacción con la vida (Molina et al., 2005; García et. al, 2004; Pérez, 2008; Schalock y Verdugo, 2003).

En este módulo exploraremos cómo aplicar la comunicación asertiva y la escucha activa en las interacciones cotidianas con personas dependientes. A través de actividades prácticas y reflexivas, desarrollaremos estrategias para expresar necesidades efectivamente, escuchar con empatía y mejorar la calidad de las relaciones de cuidado. Fortaleciendo estas habilidades, proporcionaremos un cuidado más atento, comprensivo y respetuoso, beneficiando tanto a los cuidadores como a las personas a su cuidado. También exploraremos y fomentaremos redes de apoyo social (Barra, 2004).

Tabla 3

Desarrollo de la sesión 1.1

Sesión 1.1. El poder de la palabra

Introducción. En esta sesión nos proponemos fomentar la adopción de habilidades de comunicación asertiva para expresar necesidades y sentimientos de manera efectiva y respetuosa, así como motivar la práctica de la escucha activa y la empatía en las interacciones diarias de las personas cuidadoras con las personas a las que proveen de cuidados, así como a otras personas de su círculo cercano.

La comunicación asertiva y la escucha activa son fundamentales para todas las personas porque nos permiten construir relaciones más saludables. Expresar nuestras necesidades y sentimientos de manera clara y respetuosa ayuda a evitar malentendidos y conflictos, y fomenta un ambiente de respeto mutuo. La escucha activa, por su parte, nos permite comprender verdaderamente a los demás, reconociendo y validando sus emociones y necesidades, lo cual fortalece nuestras conexiones y mejora la calidad de nuestras relaciones. Para las personas que cuidan a una persona dependiente, estas habilidades adquieren una importancia aún mayor. El cuidado de una persona dependiente puede ser emocional y físicamente desafiante. La capacidad de comunicarse de manera asertiva permite a los cuidadores establecer límites saludables y expresar sus propias necesidades, lo cual es fundamental para evitar el agotamiento y mantener su propio bienestar. La escucha activa y la empatía son igualmente vitales, ya que ayudan a los cuidadores a comprender mejor las necesidades y sentimientos de la persona a su cuidado, mejorando la calidad del cuidado proporcionado y fortaleciendo la relación entre el cuidador y la persona dependiente.

Objetivos

1. Fomentar la adopción de habilidades de comunicación asertiva para expresar necesidades y sentimientos de manera efectiva y respetuosa.
2. Motivar la práctica de la escucha activa y la empatía en las interacciones diarias.

Recursos

- Papel.
- Bolígrafos.
- Tarjetas con situaciones (ANEXO 2.1).
- Viñetas con escenarios (ANEXO 2.2).
- Tabla de actividad 2 (ANEXO 2.3).
- Tabla de compromisos (ANEXO 2.4)

Actividad 1: Asertividad en Acción (35 min)

El objetivo de esta actividad es analizar las diferentes formas de comunicarnos y de escuchar con el fin de reflexionar sobre el papel de la comunicación en nuestras relaciones. Para ello, se llevarán a cabo tres roleplaying. La persona facilitadora pedirá a seis voluntarios que colocará en pareja y les entregará las tarjetas (ANEXO 2.1) en las que se plantean diferentes situaciones cotidianas. Previamente tendrá que elegir, entre las seis situaciones que se plantean en el anexo, las tres que les parezca mejor para el grupo de participantes. A cada pareja se le asigna una situación y un estilo de comunicación diferente: asertiva, pasiva y agresiva. Posteriormente, cada pareja tiene unos minutos para preparar una breve representación de cómo abordarían la situación utilizando el estilo de comunicación asignado.

La persona facilitadora pedirá al resto de participantes que, destacando la importancia de observar cómo se manejan las situaciones con diferentes estilos de comunicación. A continuación, cada pareja actúa su escenario frente al grupo, comenzando con la pareja que representa el estilo pasivo, seguida por la agresiva y, finalmente, la asertiva, a cuya pareja, el facilitador o facilitadora ha dado instrucciones acerca de cómo mostrar una escucha activa. Las demás participantes observan atentamente las actuaciones. Después de las tres actuaciones, la persona facilitadora guía una breve reflexión grupal sobre las estrategias utilizadas, formulando las siguientes preguntas:

- ¿Qué diferencias notaron entre los tres estilos de comunicación?
- ¿Cómo reaccionaron los personajes en cada actuación?

Actividad 2: Reflejando voces (40 min)

El objetivo de esta actividad es reflexionar sobre la forma de actuar ante situaciones en las que deben comunicarse con las personas a las que cuidan e identificar las consecuencias que tiene esta forma de comunicarse y la escucha activa en la relación. En esta actividad, se les mostrarán a las personas participantes viñetas con situaciones cotidianas específicas en las que interactúan con la persona dependiente (ANEXO 2.2). La persona facilitadora les pedirá que elijan una de las situaciones que se les suele presentar en el cuidado o que indiquen otra situación si los ejemplos no se ajustan a su experiencia. Luego les pedirá que reflexionen sobre su estilo de comunicación real actual, evaluando si tienden a ser asertivos, pasivos o agresivos en sus interacciones con sus familiares. Posteriormente, deberán considerar si practican la escucha activa durante estas interacciones y cómo. Y finalmente, incluirá consideraciones sobre cómo sus respuestas pueden influir positiva o negativamente en la percepción que tiene la persona dependiente de ellos, así como en la calidad general de la interacción y el ambiente emocional, cómo se sienten en esas interacciones o por qué actúan de esa forma. Para ello les facilitará el ANEXO 2.3.

Tras completar el análisis por escrito la persona facilitadora pedirá a cada participante que, de forma voluntaria, exponga en el gran grupo el resultado de su reflexión. Para finalizar la actividad, la persona facilitadora hará una reflexión sobre la importancia de mejorar en estos aspectos de cara a fortalecer la relación con la persona a la que cuidan.

Actividad 3: Compromiso para una comunicación efectiva (15 min)

El objetivo principal de esta actividad es que cada participante formule y exprese claramente un objetivo personal de cambio que aborde áreas identificadas para mejorar en sus interacciones diarias. Primero, la persona facilitadora pedirá a cada participante que reflexione individualmente sobre las actividades previas acerca de su forma de actuar en situaciones de comunicación con la persona dependiente. Basándose en estas reflexiones, deberán identificar las áreas específicas donde desean fortalecer sus habilidades de comunicación asertiva y práctica de la escucha activa.

Luego, le entregará a cada participante el ANEXO 2.4, en el que deberán formular los objetivos personales concretos y alcanzables. Finalmente, invitará a cada participante a compartir en gran grupo brevemente su objetivo, destacando por qué es importante para ellos y cómo planean implementarlo en sus interacciones diarias con la persona dependiente.

Módulo 2. Mens sana y corpore sano: Cuidando cuerpo y mente

Este módulo está diseñado para abordar la interrelación entre el bienestar físico y mental, proporcionando estrategias basadas en la evidencia para la gestión de emociones negativas, el manejo del estrés y el cuidado de la salud física. La carga emocional y física que enfrentan las personas cuidadoras de personas dependientes puede ser abrumadora. Numerosos estudios realizados demuestran que las personas cuidadoras experimentan malestar tanto físico como emocional por desempeñar su rol de cuidador, aunque se niegan a aceptar que estos síntomas sean debidos al hecho de cuidar a su familiar (Pérez, 1997).

Las personas cuidadoras de personas dependientes enfrentan serios problemas de salud física. Estudios indican que el 84% de las personas cuidadoras experimentan algún problema físico, como dolores de cabeza y cansancio, mientras que más de la mitad sufren trastornos del sueño y problemas osteomusculares (Badía et al., 2004; Roca et al., 2000). Los problemas físicos, incluyendo dolores musculares y esguinces, están directamente relacionados con las cargas físicas del cuidado (Schulz y Beach, 1999).

Además de los problemas físicos, las personas cuidadoras de personas dependientes enfrentan significativos desafíos emocionales. Estudios indican que muchas personas cuidadoras experimentan altos niveles de depresión, ansiedad e ira (Alspaugh et al., 1999; Steffen, 2000). Los trastornos clínicos del estado de ánimo son especialmente prevalentes entre aquellos que buscan ayuda en programas de manejo del estrés, alcanzando tasas de hasta el 53% (Gallagher et al., 1989). Aunque no todos cumplen con criterios diagnósticos, es común observar síntomas como problemas de sueño, preocupaciones por el futuro y sentimientos de desesperanza (Coope et al., 1995; McNaughton et al., 1995).

Para combatir estas dolencias físicas y psicológicas, se incorporará el mantenimiento de la actividad física. King et al. (2002) destacaron que después de implementar un programa de promoción de actividad física durante 12 meses con 100 mujeres cuidadoras de pacientes con demencia, se observó un aumento en la adherencia de las personas cuidadoras al ejercicio físico, así como mejoras en sus niveles de depresión y percepción de carga. Además, el estudio encontró mejoras significativas en el gasto total de energía diaria, los valores de presión arterial y la calidad del sueño en los participantes del grupo experimental.

Tabla 4

Desarrollo de la sesión 2.1

Sesión 2.1. Energía positiva: Bienestar en el cuidado

Introducción. El cuidado de una persona con dependencia no solo implica la dedicación física y la gestión de tareas cotidianas, sino que también conlleva una carga emocional significativa. Las personas cuidadoras a menudo experimentan un amplio abanico de emociones, desde la angustia y la tristeza hasta la frustración y el agotamiento emocional. La capacidad para gestionar eficazmente el estrés y las emociones negativas es fundamental, ya que influye directamente en el bienestar integral de la persona cuidadora. Al manejar adecuadamente estas emociones, no solo se protege la salud mental y física de quien cuida, sino que también se mejora la calidad del cuidado proporcionado. Mantener un equilibrio emocional permite a las personas cuidadoras ser más resilientes y compasivos en su labor, lo que resulta en un entorno de cuidado más armonioso. Durante esta sesión, exploraremos herramientas y estrategias que faciliten la identificación y manejo de emociones negativas. También abordaremos cómo reconocer y mitigar los factores estresantes que pueden afectar la salud física y mental de quienes cuidan a personas dependientes. Al desarrollar estas habilidades, los participantes estarán mejor preparados para navegar por las dificultades emocionales inherentes al cuidado y para promover un entorno de cuidado más saludable y equilibrado tanto para sí mismos como para sus seres queridos.

Objetivos

1. Promover la identificación de emociones negativas, así como factores estresantes, en personas cuidadoras.
2. Desarrollar habilidades de gestión del estrés y de las emociones negativas.

Recursos

- Papel.
- Bolígrafo.
- Esterillas.
- Música y reproductor.
- Guion para fantasía guiada (ANEXO 2.5).
- Tabla de compromisos (ANEXO 2.6).

Actividad 1: Ventanas al cuidado: Visualizando estrategias emocionales (40 min)

Esta actividad tiene como objetivo que las personas participantes tengan la oportunidad de explorar y reflexionar sobre diferentes estrategias de manejo del malestar psicológico y del estrés que enfrentan las personas cuidadoras de personas dependientes. Para ello, la persona facilitadora utilizará la fantasía guiada con ejemplos concretos de situaciones cotidianas de cuidado, que se pueden encontrar en el ANEXO 2.5. En primer lugar, la persona facilitadora pide a las participantes que cojan una esterilla y se tumben en el suelo. El facilitador o facilitadora procede a reproducir música suave, con sonidos naturales (agua, pájaros, etc.) y pide a las participantes que observen las escenas e intenten identificar las estrategias utilizadas por las personas cuidadoras para manejar las emociones negativas y el estrés. Seguidamente, comienza a leer el guion del ANEXO 2.5. Después de la fantasía guiada, la persona facilitadora abrirá una discusión grupal donde los participantes podrán compartir sus observaciones partiendo de las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se sentían las personas cuidadoras en esas situaciones? ¿Y las personas dependientes?
 - ¿Todas las personas cuidadoras gestionaban el estrés de la misma forma?
 - ¿Qué estrategias de manejo del estrés o de emociones negativas pudieron identificar?
 - ¿Creen que todas las estrategias son igualmente efectivas?
-

Actividad 2: Mapeando emociones: Exploración personal (30 min)

Esta actividad tiene como objetivo promover un proceso de autorreflexión detallada en las personas participantes sobre sus respuestas emocionales y comportamientos durante situaciones cotidianas de cuidado. La persona facilitadora pedirá a cada persona cuidadora que reflexione, por escrito sobre cómo suelen actuar y reaccionar emocionalmente frente a desafíos comunes en el cuidado de sus familiares dependientes. Para ello les facilitará las siguientes preguntas que les servirán como guía:

- *¿Cómo te sientes emocionalmente cuando enfrentas situaciones difíciles en el cuidado? Explora tus emociones predominantes (frustración, ansiedad, tristeza, etc.). Describe cómo estas emociones afectan tu capacidad para cuidar.*
- *¿Qué acciones o comportamientos tiendes a mostrar en respuesta a estas emociones? Identifica patrones de comportamiento específicos (retirarse, sobreproteger, enfadarse, etc.). Reflexiona sobre la efectividad de estas respuestas en el manejo de la situación.*
- *¿Qué estrategias utilizas para manejar el estrés y las emociones negativas en el cuidado diario? Detalla las técnicas o prácticas que te ayudan a calmar o gestionar tus emociones. Evalúa la eficacia de estas estrategias en la reducción del estrés y la mejora del bienestar.*
- *¿Cómo crees que tus respuestas emocionales impactan en la persona que cuidas y en las dinámicas familiares? Considera cómo tus acciones pueden influir en el estado emocional y comportamental de la persona cuidada. Analiza cómo afectan las relaciones familiares y la dinámica del hogar.*
- *Tras esta autorreflexión, la persona facilitadora les pedirá que se reúnan en grupos pequeños de 3-4 personas. En pequeño grupo, las personas participantes compartirán sus reflexiones y explorarán las posibles repercusiones de sus acciones en el entorno familiar y en el bienestar general de la persona cuidada. Además, deberán ir analizando las coincidencias para luego transmitir las en gran grupo.*
- *Una vez hayan terminado de compartir sus reflexiones, las personas que componen cada grupo escogerán a un o una representante para que comparta en gran grupo las reflexiones más destacadas sobre las reacciones emocionales comunes y las posibles consecuencias de estas respuestas. Esta etapa en gran grupo permitirá ampliar la perspectiva, enriqueciendo el debate con diversas opiniones y experiencias. La persona facilitadora deberá promover un ambiente de apertura y respeto, donde cada punto de vista contribuya al aprendizaje colectivo y al desarrollo de estrategias efectivas para mejorar tanto el bienestar emocional de los cuidadores como la calidad del cuidado proporcionado.*

Actividad 3: Compromisos resilientes (20 min)

Esta actividad tiene el objetivo de que cada participante formule y exprese claramente un objetivo personal específico que aborde áreas identificadas para mejorar en su vida diaria. En primer lugar, la persona facilitadora invita a cada participante a reflexionar de manera individual sobre las experiencias compartidas y las reflexiones anteriores respecto a cómo manejan las emociones negativas y el estrés en su labor como personas cuidadoras. Basándose en estas reflexiones, identificarán áreas específicas donde desean fortalecer sus estrategias de afrontamiento y gestión emocional.

Posteriormente, la persona facilitadora reparte la tabla del ANEXO 2.6 a cada participante y estos tendrán que formular objetivos personales concretos y alcanzables relacionados con la gestión de emociones y el manejo del estrés. Para pensar en estos compromisos, se ayudarán de la siguiente pregunta:

- *¿Qué cambios podrías hacer en tus respuestas emocionales para mejorar el bienestar de todos los involucrados? Propón ajustes específicos en tus respuestas emocionales y comportamientos. Piensa en cómo podrían beneficiar estas modificaciones al cuidado y a las relaciones familiares.*

Finalmente, la persona facilitadora pide a las participantes que se coloquen en círculo para, en el gran grupo, invitar a que cada participante que quiera comparta brevemente su objetivo personal, explicando por qué es importante y cómo planean aplicarlo en su vida diaria como persona cuidadora. Esta actividad proporcionará un espacio seguro y estructurado para que los participantes se comprometan activamente con el desarrollo de estrategias efectivas para manejar el estrés y las emociones negativas, promoviendo un ambiente de apoyo mutuo y colaboración para alcanzar metas personales significativas en su cuidado diario de personas dependientes.

Módulo 3: Ahora me toca a mí

Según Crutsinger (1994), la gestión del tiempo implica identificar las tareas necesarias para establecer objetivos, decidir cuáles actividades son más importantes y reconocer que otras tareas deberán ser programadas según su prioridad. Aponte y Pujol (2012) afirman que la gestión o administración del tiempo es un proceso que incluye la definición de metas claras, la determinación de herramientas que faciliten la gestión del tiempo, la consideración del tiempo disponible y la verificación del uso que se le da al tiempo, es decir, la percepción del control sobre el uso del tiempo personal.

Para más del 90% de los cuidadores, la tarea de cuidar a un familiar dependiente resulta en una significativa reducción de su tiempo libre y en grandes dificultades para gestionar su tiempo. Esta responsabilidad consume una gran parte de su día, dejando poco espacio para actividades personales, descanso o incluso para manejar otras obligaciones diarias. En consecuencia, la mayoría de los cuidadores encuentran muy complicado equilibrar su rol de cuidador con sus propias necesidades y tareas, lo que puede llevar a un agotamiento constante y a un notable impacto en su bienestar general (Úbeda, 2009).

Una forma de poder obtener mayor tiempo disponible es favorecer la corresponsabilidad y la delegación de tareas y cuidados. La corresponsabilidad y la delegación de tareas se refieren a la distribución equitativa y compartida de las responsabilidades de cuidado entre diferentes actores, principalmente dentro del ámbito familiar. Estos conceptos destacan la importancia de involucrar a redes de apoyo externas, como familiares, amigos o vecinos, para asistir en las labores de cuidado de personas dependientes. Esto no solo alivia la carga sobre la persona cuidadora principal, generalmente mujeres, sino que también promueve una mejor calidad de vida tanto para la persona cuidadora como para la persona cuidada. La corresponsabilidad implica reconocer que el cuidado es una responsabilidad compartida que debe ser apoyada tanto a nivel familiar como social, con políticas públicas que complementen y fortalezcan estas prácticas, especialmente en contextos donde el cuidado informal es predominante y los recursos estatales son limitados o insuficientes (Cazorla-Becerra y Reyes-Espejo, 2023).

Tabla 5

Desarrollo de la sesión 3.2

Sesión 3.2: Equipo en acción

Introducción. Ser una persona cuidadora implica una serie de responsabilidades que pueden ser abrumadoras y emocionalmente agotadoras. Es fundamental reconocer que no estamos solos en este viaje y que distribuir las tareas de cuidado puede tener un impacto positivo significativo en nuestra salud mental y física. A lo largo de esta sesión, observaremos diferentes ejemplos de corresponsabilidad en el cuidado, reflexionaremos sobre nuestras propias prácticas de delegación y exploraremos estrategias efectivas para comunicar y establecer límites claros. Mediante actividades interactivas y discusiones en grupo, analizaremos cómo nuestras reacciones y métodos de delegación afectan no solo nuestro bienestar, sino también la calidad del cuidado que brindamos. Este enfoque no solo ayudará a reducir el estrés y la carga emocional, sino que también fomentará un entorno de apoyo mutuo y colaboración.

Objetivos

1. Reflexionar acerca del impacto positivo de la corresponsabilidad y la delegación de tareas en la calidad de vida de la persona cuidadora y la persona cuidada
2. Facilitar la identificación de tareas que pueden ser delegadas y la selección adecuada de personas de apoyo.
3. Reforzar la importancia de establecer límites y comunicarse de manera clara en la delegación de tareas.

Recursos

- Papel.
- Bolígrafo.
- Fichas con relatos (ANEXO 2.7).
- Ejemplos prácticos (ANEXO 2.8).
- Fichas recortables (ANEXO 2.9).
- Tabla de la actividad 2 (ANEXO 2.10).
- Tabla de compromisos (ANEXO 2.11).

Actividad 1. Compartiendo el Timón: Delegación y Corresponsabilidad en el Cuidado (35 min)

Esta actividad tiene el objetivo de que las participantes se centren en observar y reflexionar sobre la importancia de la corresponsabilidad y la delegación de tareas, así como en identificar tareas que pueden ser delegadas. En primer lugar, la persona facilitadora pedirá a las participantes que se dividan en pequeños grupos de 3-4 personas y repartirá una serie de relatos, que se encuentran en el ANEXO 2.7, en los que se muestran a diferentes personas cuidadoras interactuando con sus redes de apoyo, como familiares, amigos, vecinos, etc, en situaciones cotidianas. Estos relatos destacarán ejemplos de corresponsabilidad y delegación de tareas, así como la comunicación clara y la implementación de límites.

Tras la lectura de los relatos, la persona facilitadora pedirá a las participantes que discutan acerca de sus observaciones y reflexiones y de cómo la corresponsabilidad y la delegación de tareas impactan en la vida de la persona cuidadora y de la persona cuidada.

Finalmente, la persona facilitadora pedirá a un portavoz de cada grupo que comparta las reflexiones y conclusiones de este con el resto de las participantes en una puesta en común en gran grupo. Durante esta fase, la persona facilitadora hará hincapié en cómo la delegación de tareas y la corresponsabilidad pueden mejorar la calidad de vida de la persona cuidadora y de la persona dependiente, explorando ejemplos prácticos, en el ANEXO 2.8, de cómo implementar estas estrategias en sus propias vidas.

Actividad 2. Reflejando el Cuidado: Consecuencias de Nuestras Acciones (40 min)

Esta actividad tiene el objetivo de que cada persona describa su forma de actuar a la hora de necesitar delegar tareas y conocer las consecuencias de esa forma de actuar. En primer lugar, la persona facilitadora repartirá las fichas recortables del ANEXO 2.9. En estas fichas hay diferentes tareas del hogar, en azul, y tareas de cuidados, en violeta. La persona facilitadora explicará a las personas participantes que deberán recortar las tareas que deleguen en la tabla del ANEXO 2.10 e indicar sobre quién recaen esas tareas delegadas, así como la frecuencia con la que delegan. La persona facilitadora indicará a las participantes que, en caso de que deleguen alguna tarea que no se encuentre en las fichas, pueden escribirla.

Al acabar esto, el facilitador o facilitadora invitará a reflexionar sobre el tiempo que les queda disponible dependiendo de cuántas tareas deleguen y de la efectividad de esa delegación, es decir, las consecuencias de delegar. Para evaluar esto, las participantes usarán gomets que pegarán junto a cada tarea de la tabla, mediante un sistema de colores: rojo (poco tiempo), naranja (tiempo intermedio) y verde (bastante tiempo).

Posteriormente, la persona facilitadora pedirá que se formen pequeños grupos de 3-4 personas, en los que cada participante compartirá sus reflexiones y análisis, permitiendo un intercambio de experiencias y perspectivas que enfatice la importancia de la autoobservación y la apertura para recibir retroalimentación constructiva. Además, deberán ir analizando las coincidencias para luego transmitir las en gran grupo. Para finalizar, el facilitador o facilitadora solicitará un o una portavoz de cada grupo, que compartirá las acciones más destacadas y sus consecuencias en gran grupo, lo que permitirá a todas las participantes escuchar una variedad de experiencias y aprendizajes.

Actividad 3. Compromisos transformadores (15 min)

El objetivo principal de esta actividad es que cada participante formule y exprese claramente un objetivo personal específico que aborde áreas identificadas para mejorar en sus interacciones diarias con la persona a su cuidado. Primero, el facilitador o facilitadora indicará a las participantes que reflexionen individualmente sobre las actividades previas acerca de su forma de actuar en situaciones de estrés y si se ayudan o no de delegar tareas en otras personas. Luego, el facilitador o facilitadora reparte a cada participante la tabla de compromisos, disponible en el ANEXO 2.11, donde las participantes formularán objetivos personales concretos y alcanzables. Finalmente, la persona facilitadora solicitará a las participantes que compartan en gran grupo brevemente cómo expresarán su objetivo, destacando por qué es importante para ellas y cómo planean implementarlo en sus interacciones diarias con la persona dependiente y sus allegados. Esta actividad proporcionará a los participantes un espacio seguro y estructurado para comprometerse activamente con el desarrollo de estrategias más efectivas en el manejo del estrés y la mejora de la comunicación en el contexto del cuidado de personas dependientes. Además, promoverá un ambiente de apoyo mutuo y colaboración para alcanzar metas personales significativas en el cuidado familiar.

Módulo 4: MímaME, mímaTE

El papel de las personas cuidadoras es fundamental en la vida de las personas dependientes. Sin embargo, este rol conlleva una gran responsabilidad y exige habilidades específicas y un conocimiento profundo en cuidados para garantizar el bienestar físico, emocional y mental de quienes dependen de su asistencia. En diversos estudios, las personas cuidadoras informales principales expresan la necesidad de obtener conocimientos y formación sobre los cuidados básicos generales que necesita la persona a su cargo, así como técnicas para mejorar su propio autocuidado (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2010; IMSERSO, 2005). La formación en cuidados no solo mejora la calidad de vida de las personas cuidadas, sino que también proporciona a las personas cuidadoras las herramientas necesarias para manejar diversas situaciones de manera eficaz y con confianza (Martín y Domínguez, 2013).

Además de la formación en cuidados, el autocuidado es un componente esencial que las personas cuidadoras no deben subestimar. El desgaste emocional, físico y mental que conlleva el cuidado constante puede llevar al agotamiento, si no se toman las medidas adecuadas para cuidar de sí mismas (Carreño-Moreno y Chaparro-Díaz, 2018). Practicar el autocuidado no solo es crucial para la salud y el bienestar de las personas cuidadoras, sino que también impacta directamente en la calidad del cuidado que pueden ofrecer. Cuando una persona cuidadora se encuentra en un buen estado de salud y equilibrio, es capaz de proporcionar un cuidado más atento, compasivo y efectivo (Jofré, 2011; Sánchez et. al, 2016).

En este módulo, exploraremos la importancia de que las personas cuidadoras estén debidamente formadas en técnicas y conocimientos de cuidado, y profundizaremos en las estrategias y prácticas de autocuidado que son vitales para mantener su bienestar. A través de este enfoque dual, nuestro objetivo es empoderar a las personas cuidadoras con las habilidades y el conocimiento necesarios para llevar a cabo su labor, al tiempo que se aseguran de cuidar de sí mismas con la misma dedicación y compromiso.

Tabla 6

Desarrollo de la sesión 4.2

Sesión 4.2: Recargándome

Introducción. En esta sesión, nos adentraremos en un aspecto crucial del cuidado de personas dependientes: el autocuidado del cuidador. Es fundamental comprender y priorizar el autocuidado como parte esencial del proceso de cuidado, no solo por el bienestar del cuidador, sino también para garantizar un cuidado efectivo y sostenible a largo plazo. Analizaremos detalladamente cómo el autocuidado contribuye a la capacidad del cuidador para brindar apoyo de manera continua y de calidad. Exploraremos las estrategias y prácticas que permiten mantener rutinas de autocuidado, reconociendo su impacto positivo en la salud física, emocional y mental del cuidador. Además, examinaremos cómo el autocuidado fortalece la resiliencia y la capacidad para manejar el estrés inherente al rol de cuidador.

Objetivos

1. Analizar la importancia de priorizar el autocuidado como parte de cuidar a personas dependientes, para garantizar un cuidado efectivo y sostenible a largo plazo.
2. Impulsar el mantenimiento de rutinas de autocuidado.

Recursos

- Hojas de papel en blanco.
- Bolígrafos.
- Post-it.
- Aros.
- Relatos (ANEXO 2.12).
- Tabla (ANEXO 2.13).

Actividad 1. CuidArte (40 min)

Esta actividad tiene el objetivo de que las personas cuidadoras observen diferentes conductas de autocuidado y no autocuidado. Para ello, la persona facilitadora repartirá unos relatos breves ilustrados, que se encuentran en el ANEXO 2.12. La persona facilitadora pide a las personas participantes que lean los relatos. Algunos relatos destacarán buenas prácticas de autocuidado, como cuidadores que buscan su propio espacio o buscan apoyo emocional. Otros relatos mostrarán malas prácticas, como cuidadores que no piden ayuda, se sobrecargan de trabajo y descuidan su propia salud.

Tras esta primera lectura, la persona facilitadora solicita a las participantes que se organicen en pequeños grupos de 3-4 personas y discutan sus observaciones y reflexiones. Cada grupo analizará cómo las prácticas observadas en los relatos impactan en la vida de la persona cuidadora y de la persona dependiente. La persona facilitadora propondrá las siguientes preguntas guía para facilitar esta discusión:

- ¿Qué prácticas de autocuidado observaste en los relatos?
- ¿Cómo crees que estas prácticas afectan al bienestar de la persona cuidadora? ¿Y de la persona que recibe los cuidados?
- ¿Qué diferencias se perciben entre las personas que practicaron autocuidado y los que no lo hicieron?

Finalmente, la persona facilitadora pedirá un o una portavoz de cada grupo, que compartirá las reflexiones y conclusiones con el resto de participantes en una puesta en común en gran grupo. Terminará la actividad destacando las principales conclusiones que extraerá de los comentarios.

Actividad 2. Espejo de nuestros cuidados. (35 min)

El objetivo de esta actividad es analizar y describir la propia manera de actuar en situaciones cotidianas relacionadas con el autocuidado de personas cuidadoras y reflexionar sobre las consecuencias de estas acciones. En primer lugar, la persona facilitadora organiza en círculo cinco estaciones, representadas con un aro. En cada estación habrá una hoja de papel con una pregunta. Posteriormente, la persona facilitadora pide a las participantes que se dividan en cinco grupos. Una vez hecha la división, la persona facilitadora solicita a los grupos que se establezcan en una de las estaciones. En estas estaciones tendrán cinco minutos para reflexionar acerca de las preguntas, apuntar sus reflexiones en un post-it y pegarlo en la hoja de la pregunta. Esto permitirá a los grupos que vengan por detrás ver qué piensan los demás. Las preguntas son las siguientes:

- *Estación 1: ¿Cómo sueles reaccionar cuando te sientes abrumado/a por las tareas de cuidado?*
- *Estación 2: ¿Qué estrategias de autocuidado utilizas cuando necesitas delegar tareas?*
- *Estación 3: ¿Cómo crees que tus hábitos de autocuidado afectan a la persona a tu cuidado?*
- *Estación 4: ¿Cómo influye tu práctica de autocuidado en tu propio bienestar emocional y físico?*
- *Estación 5: ¿Qué estrategias de autocuidado usas y qué consecuencias tiene?*

Al finalizar los cinco minutos, la persona facilitadora pide a los participantes que se muevan hacia la siguiente estación en el sentido de las agujas del reloj.

Una vez que todas las participantes hayan superado todas las estaciones, la persona facilitadora recogerá las reflexiones que más se repitan y organizará una breve discusión grupal. Para esta discusión abierta sobre las respuestas recopiladas, hará las siguientes preguntas como:

Yo lo haría así: Una vez que las personas participantes hayan pasado por todas las estaciones, la persona facilitadora pedirá que, de manera voluntaria, exponga cada una de sus aportaciones en cada estación e irá escribiendo las principales coincidencias entre las aportaciones. Posteriormente comenzará una discusión a partir de las siguientes preguntas:

- *¿Qué patrones observamos en nuestras respuestas?*
- *¿Qué podemos aprender de nuestras experiencias compartidas?*
- *¿Qué consecuencias son más comunes en nuestras acciones de autocuidado o no autocuidado?*

Para terminar, pedirá que cada persona apunte en un post-it la consecuencia más destacada de su conducta de cara a la siguiente actividad.

Actividad 3. Metas de cuidado. (15 min)

El objetivo de esta actividad es que cada participante formule y exprese claramente un objetivo personal de cambio que aborde la consecuencia identificada para mejorar su propio cuidado y que esto se exprese en una mejor forma de cuidar a sus familiares. En primer lugar, la persona facilitadora reparte la tabla del ANEXO 2.13 a las personas participantes para que piensen en esos objetivos. El facilitador o facilitadora, para favorecer el proceso, guiará a las participantes con las siguientes preguntas:

- *¿Cómo podrías mejorar tu bienestar emocional y físico a través del autocuidado?*

Tras rellenar la tabla, el facilitador o facilitadora pide a las participantes que quieran, voluntariamente, compartir sus objetivos en gran grupo, destacando por qué son importantes y cómo planean llevarlos a cabo.

Módulo 5: Cuidando a la persona cuidadora

En este módulo, se aborda el síndrome del cuidador quemado con el fin de que las personas participantes puedan reconocer su sintomatología y los factores de riesgo que lo causan, de cara a su prevención. Las personas que asumen responsabilidades de cuidado frecuentemente experimentan el síndrome del cuidador quemado, caracterizado por síntomas como estrés elevado, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad para concentrarse, apatía, pérdida de apetito, dolores de cabeza, posible uso de sustancias nocivas, palpitaciones, cambios de humor, tensión emocional, desesperanza, dificultad para satisfacer sus propias necesidades, abandono de amistades y actividades recreativas, impaciencia, resentimiento, y aislamiento familiar y social (López et al., 2009; Zambrano y Ceballos, 2007). Los cuidadores también pueden sentir culpa y sacrificio al abandonar sus actividades recreativas, sociales y amistades para atender a la persona dependiente, lo que puede llevar a tristeza, tensión emocional, incapacidad para relajarse, aislamiento social y una sensación abrumadora de soledad (Zambrano y Ceballos, 2007).

Entre las causas y factores de riesgo del síndrome del cuidador quemado se incluyen la edad avanzada del receptor de cuidados, comportamientos agresivos, múltiples enfermedades físicas y mentales, falta de apoyo familiar, carencia de capacitación y conocimiento en el cuidador, y falta de participación en grupos de apoyo. Estos factores aumentan la carga emocional y física sobre los cuidadores, exacerbando los desafíos del cuidado a largo plazo (Villarejo et al., 2012).

El módulo también abarca la sesión de cierre del programa, donde se consolidarán los aprendizajes y reflexiones previas sobre el síndrome del cuidador quemado. También, se celebrarán los logros individuales y colectivos, revisando las estrategias compartidas y estableciendo compromisos personales para mantener un equilibrio saludable entre el cuidado y el propio bienestar, marcando el inicio de un camino continuo hacia un cuidado más consciente, compasivo y sostenible.

Tabla 7

Desarrollo de la sesión 5.1

Sesión 5.1. Prevención en práctica

Introducción. El síndrome del cuidador quemado es una realidad palpable para muchas personas, caracterizado por el agotamiento físico, emocional y mental que resulta de las responsabilidades constantes del cuidado. A menudo, las personas cuidadoras enfrentan una carga abrumadora, sacrificando su propia salud y bienestar en favor de proporcionar atención a sus seres queridos. Durante esta sesión, exploraremos no solo las diversas dimensiones de las consecuencias del síndrome del cuidador quemado, incluyendo su impacto en la salud física y emocional de la persona cuidadora, sino también cómo afecta a la calidad de vida de la persona dependiente. Es fundamental comprender los signos y síntomas tempranos de este síndrome para intervenir de manera efectiva y preventiva. Además, nos enfocaremos en el autocuidado y la importancia de que cada cuidador reconozca y satisfaga sus propias necesidades para poder brindar un cuidado más efectivo y sostenible.

Objetivos

1. Fomentar la comprensión de las consecuencias físicas, emocionales y sociales del síndrome para la persona cuidadora y la persona dependiente.
2. Crear conciencia sobre los signos y síntomas del síndrome del cuidador quemado.
3. Promover el análisis de las propias necesidades de las personas cuidadoras.

Recursos

- Hojas de papel.
- Bolígrafos.
- Pizarra.
- Rotulador para pizarra.
- Testimonios (ANEXO 2.14).
- Tabla actividad 1 (ANEXO 2.15).
- Tabla actividad 2 (ANEXO 2.16).
- Tabla actividad 3 (ANEXO 2.17).

Actividad 1. Guardianes del cuidado (40 min)

El objetivo de esta actividad es comprender las diferencias en las experiencias diarias de personas cuidadoras que presentan el síndrome del cuidador quemado y aquellas que no, y analizar las estrategias que permiten evitar este síndrome. Para comenzar, la persona facilitadora repartirá folios (ANEXO 2.14) con el testimonio del día a día de cinco personas cuidadoras y una tabla (ANEXO 2.15) que deberán completar con los datos de los testimonios. En estos testimonios se podrá observar el día a día de personas que presentan síndrome del cuidador quemado y personas que utilizan estrategias para evitarlo. El facilitador o facilitadora indicará a las personas participantes que deben leer los testimonios y completar dicha tabla, atendiendo a la sintomatología y estrategias que presentan las personas.

Tras completar la tabla, en gran grupo, el facilitador o facilitadora pide a las participantes que compartan sus observaciones y que reflexionen acerca de cómo afecta el síndrome del cuidador quemado a la calidad de vida de la persona que cuida y de la persona cuidada. La persona facilitadora, en una pizarra, irá apuntando en una columna la sintomatología que las participantes han observado, filtrando las que se repitan, y en otra columna, las estrategias. Esta pizarra quedará escrita durante toda la sesión.

Actividad 2. Detectives del cuidado (35 min)

Esta actividad tiene el objetivo de que las personas participantes sepan identificar en su propia persona sintomatología del síndrome del cuidador quemado y qué posibles consecuencias tiene en su vida personal y en el cuidado de sus familiares. Para comenzar, la persona facilitadora repartirá la tabla del ANEXO 2.16 a las participantes.

Posteriormente, el facilitador o facilitadora pedirá a las participantes que, teniendo en cuenta la sintomatología observada en la actividad 1, que aún se encuentra escrita en la pizarra, completen la mencionada tabla. Para ayudar a completarla, la persona facilitadora guiará con las siguientes preguntas:

- ¿Qué síntomas de la sintomatología del síndrome del cuidador quemado identificados en la pizarra puedes reconocer en ti mismo o misma?
- ¿Cómo estos síntomas podrían estar afectando tu salud física y mental?
- ¿Qué impacto tienen estos síntomas en tu capacidad para cuidar adecuadamente a tu familiar?

Una vez completada la tabla, en gran grupo, el facilitador o facilitadora solicita la colaboración de las participantes para que expresen cuáles serán las consecuencias que tendrá continuar con esa sintomatología.

Actividad 3. Autocuidado en acción (15 min)

Esta actividad nace con el objetivo de que las participantes formulen y expresen objetivos personales concretos, basándose en estrategias identificadas previamente para combatir el síndrome del cuidador quemado.

En primer lugar, la persona facilitadora repartirá la tabla del ANEXO 2.17 y pedirá a las participantes que, teniendo en cuenta las estrategias que observaron en la actividad 1, y que todavía siguen en la pizarra, donde las participantes formularán objetivos personales concretos y alcanzables.

Finalmente, la persona facilitadora solicitará a las participantes que compartan en gran grupo brevemente cómo expresarán su objetivo, destacando por qué es importante para ellas y cómo planean implementarlo en sus interacciones diarias con la persona dependiente y sus allegados. Esta actividad proporcionará a los participantes un espacio seguro y estructurado para comprometerse activamente con el desarrollo de estrategias más efectivas en el manejo del estrés y la mejora de la comunicación en el contexto del cuidado de personas dependientes. Además, promoverá un ambiente de apoyo mutuo y colaboración para alcanzar metas personales significativas en el cuidado familiar.

Diseño de evaluación

Para comprobar la efectividad del programa, se diseña una evaluación cuasiexperimental cuantitativa longitudinal, en la que habrá un grupo de control no equivalente (Ato et. al, 2013; Chacón et. al, 2013). La recogida de datos se realizará mediante el uso de seis escalas diferentes. Cinco de estas escalas se administran al inicio y al final del programa, tanto al grupo experimental como al grupo control, mientras que el cuestionario de satisfacción solo se administra al grupo experimental en la evaluación final. Por otra parte, con las participantes que lo autoricen se procederá a administrar las mismas cinco escalas pasado un año de la finalización del programa para comprobar si los cambios se mantienen con el tiempo. Además, se realizará una evaluación procesual (González et. al, 2021) continua mediante un diario de seguimiento que recopilarán información sobre el progreso hacia los objetivos establecidos tras cada sesión. Esto permitirá ajustar y mejorar las actividades en función de las necesidades y respuestas de los participantes. Estas escalas son:

- Escala de apoyo social (EAS) para adultos (Palomar et. al, 2013). Este instrumento mide tres dimensiones de apoyo: apoyo social, apoyo familiar y apoyo de amigos, a través de 21 ítems. Esta escala nos sirve para conocer con qué apoyo social cuentan las participantes al inicio y al final del programa, lo que nos permitiría evaluar la sesión “redes que sostienen”.
- Escala Rotterdam de Inteligencia Emocional (REIS) (adaptación de Teruel et. al, 2019). Esta escala evalúa cuatro dimensiones de la evaluación emocional: evaluación emocional centrada en sí mismo, evaluación emocional centrada en otros, regulación de la emoción centrada en uno mismo y regulación de las emociones enfocadas en los otros. Este instrumento nos será útil para evaluar las sesiones “navegando entre la tempestad” y “llegando a buen puerto”.
- Escala de satisfacción con la vida (SWLS) (adaptación de Atienza et. al, 2000). Este instrumento evalúa la satisfacción general que tienen las personas participantes con sus vidas. Esto nos permitirá comprobar si el programa afecta en alguna dirección al bienestar general de las participantes.
- Escala de abnegación en cuidadores familiares de adultos mayores (Domínguez-Guedea y Díaz-Loving, 2016). Este instrumento mide las siguientes dimensiones de la abnegación: abnegación centrada en la familia (disposición de la persona cuidadora para priorizar las necesidades de otras personas por encima de las propias), la comunicación no asertiva y la disposición para complacer.

- Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (adaptación de Montorio et. al, 1998). Este instrumento mide la carga percibida por la persona cuidadora. Esto nos permitirá comprobar si el programa es eficaz en la sobrecarga de las personas cuidadoras, así como ver si sus efectos se mantienen.
- Diario de seguimiento (elaboración propia). Se trata de un instrumento en el que la persona facilitadora vuelca aspectos de la implementación que servirán para ir haciendo ajustes, partiendo de la reflexión de las sesiones, para el grupo de participantes y ajustar el programa de cara a próximas ediciones.
- Cuestionario de satisfacción (elaboración propia). Este instrumento sirve para conocer las opiniones de las personas participantes acerca de la adecuación del programa de intervención, así como nos permitirá obtener propuestas de mejora.

Discusión y conclusiones

Las personas dependientes requieren asistencia para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria. Esta dependencia suele ser causada por enfermedades crónicas, discapacidades o cambios físicos y mentales relacionados con el envejecimiento (Manton et al., 1997). El desgaste que implica brindar los cuidados necesarios a las personas en esta situación a menudo deriva en la aparición del síndrome del cuidador quemado por parte de las personas encargadas de su cuidado. Este síndrome se manifiesta con síntomas como estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, dificultad para dormir, falta de concentración, apatía, pérdida de apetito, dolores de cabeza y, en algunos casos, abuso de sustancias. Los cuidadores a menudo sacrifican actividades recreativas y sociales, y pueden experimentar sentimientos de culpa, tristeza, tensión emocional, incapacidad para relajarse, aislamiento social y soledad (Zambrano y Ceballos, 2007).

Para ayudar a las personas cuidadoras y prevenir la aparición de este síndrome, surge este programa de intervención psicoeducativa. Esta propuesta hace hincapié en la importancia de saber cómo comunicarnos con las personas dependientes, la creación de redes de apoyo social, cómo gestionar nuestras emociones, gestionar el tiempo y atender a la corresponsabilidad en los cuidados y el hogar, formación acerca de los cuidados, así como de autocuidarse para prevenir el síndrome del cuidador quemado.

Uno de los aportes novedosos de la misma radica en los contenidos del programa. Este aborda de forma integral las principales necesidades de las personas cuidadoras, para poder prevenir el síndrome del cuidador quemado, en lugar de centrarse en un único aspecto concreto como lo hacen habitualmente los programas diseñados para este

colectivo. Se encuentran programas que abordan elementos como la terapia psicológica (Castellanos y Nonay, 2000; Cerquera y Pabón, 2015; Conde, 1996; López et. al, 1998; López y Pérez, 1999; Losada et. al, 2004; Milán, 1999; Toribio y Ramírez, 1997; Vinyoles et. al, 2001), la formación técnica de las personas cuidadoras (Escós et. al, 2001; Fernández, 2003; Gandoy, 1999; Márquez et. al, 1997; Millán et. al, 1999; Píriz, 1997), las estrategias de autocuidado (Espín, 2011; Fernández, 2011), la gestión del estrés (Castellanos y Nonay, 2000; Conde, 1996; Escós et. al, 2001; Toribio y Ramírez, 1997) o el apoyo social (Biurrun y Artaso, 2003) de manera aislada.

Además, otra propuesta novedosa versa sobre su metodología. Este programa de intervención se lleva a cabo mediante el desarrollo de la metodología experiencial, en la cual, las personas participantes son las protagonistas. Se parte de situaciones cotidianas para las personas cuidadoras y de la reflexión de su propia conducta. Asimismo, el papel de la persona facilitadora es el de contribuir a la construcción de forma compartida del conocimiento grupal, en contraposición a otras metodologías más tradicionales en las que la persona facilitadora ofrece información o técnicas específicas comunes, sin tener en cuenta la realidad de las personas participantes (Rodrigo et. al, 2010; Rodrigo et. al, 2015).

Por otro lado, en cuanto a las dificultades que se han encontrado, destacar la complejidad para encontrar bibliografía que tratara acerca de programas destinados a paliar la sintomatología derivada del síndrome del cuidador quemado. Otra de las dificultades encontradas ha sido el diseño de las actividades. Además, como aún no se ha ejecutado el programa, una dificultad que puede aparecer a la hora de ponerlo en marcha es el absentismo por parte de las personas participantes, aunque hay que ser flexibles a la hora de adaptarse a las sesiones, ya que son personas con un tiempo limitado, y atender a las individualidades.

Una propuesta de mejora puede ser que el programa contenga sesiones online, para eliminar el tiempo que se puede perder en los desplazamientos o el posible absentismo por no poder abandonar el hogar durante el tiempo de la sesión. En cuanto a las líneas de investigación futura la principal sería evaluar la efectividad del programa para comprobar si cumple con los objetivos propuestos y realizar los cambios que se crean oportunos. Posteriormente, el implantar el programa teniendo en cuenta la variable cultural o el país de origen de las personas participantes y observar si existen diferencias.

En conclusión, se trata de un programa que, mediante un abordaje integral, trata de dar respuesta a las necesidades de las personas cuidadoras. Por tanto, se espera que,

con la aplicación del programa, se encuentren diferencias significativas en las áreas abordadas entre el grupo experimental y el grupo control y que resulte efectivo en la prevención de la aparición de sintomatología relacionada con el síndrome del cuidador quemado.

Referencias

- Alspaugh, M. E. L., Stephens, M. A. P., Townsend, A. L., Zarit, S. H., y Greene, R. (1999). Longitudinal patterns of risk for depression in dementia caregivers: objective and subjective primary stress as predictors. *Psychology and aging*, *14*(1), 34. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.14.1.34>
- Aponte, E. D., y Pujol, L. (2012). Estilos de aprendizaje, gestión del tiempo y rendimiento académico en estudiantes universitarios. In *Estilos de aprendizaje. Investigaciones y experiencias: [V Congreso Mundial de Estilos de Aprendizaje]. Santander, 27, 28 y 29 de junio de 2012*. Universidad de Cantabria. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4635078>
- Ardila Ariza, S. A., y Castiblanco Montero, A. L. (2019). *Escucha activa y convivencia mucho más que teoría*. <http://hdl.handle.net/11371/2829>
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 314-319. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7597>
- Ato, M., López-García, J. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, *29*(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Badia Llach, X., Suriñachb, N. L., y Roset Gamisansb, M. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Atención primaria*, *34*(4), 170-177. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)78904-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)78904-0)
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, *14*(2), 237-243. <https://doi.org/10.25009/pys.v14i2.848>
- Biurrun A y Artaso B. (2003). Intervención grupal con familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Geriátrika: Revista iberoamericana de geriatría y*

- gerontología*, 19(2), 35-40.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=622507>
- Brodsky, H., y Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(2), 217-228.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodsky>
- Carreño-Moreno, S., y Chaparro-Díaz, L. (2018). Adopción del rol del cuidador familiar del paciente crónico: Una herramienta para valorar la transición. *Investigaciones Andina*, 20(36), 39-54.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462018000100039&lng=en&tlng=es
- Casado Hidalgo, R. M. (2024). *Proyecto de intervención para personas cuidadoras informales renacer*. [Trabajo fin de Máster, Universidad de Jaén]
<https://hdl.handle.net/10953.1/23206>
- Casado-Marín, D. (2006). La atención a la dependencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 20, 135-142. <https://doi.org/10.1157/13086037>
- Castellanos Vidondo, T., y Nonay Salvatierra, D. (2000). Proyecto de educación para la salud, a grupos de familiares cuidadores de enfermos crónicos. *Trabajo social y salud*, (37), 123-144.
- Cazorla-Becerra, K., y Reyes-Espejo, M. I. (2023). Corresponsabilidad en el cuidado informal de personas dependientes: construcción discursiva en la política pública chilena. *Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social*, 23(2), e3331-e3331. [10.5565/rev/athenea.3331](https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3331)
- Cerquera Córdoba, A. M., y Pabón Poches, D. K. (2015). Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(2), 181-192.
<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0002.01>
- Chacón, S., Sanduvete, S., Portell, M., y Anguera, M. T. (2013). Reporting a program evaluation: Needs, program plan, intervention, and decisions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 58-66.
[https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70008-5](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70008-5)
- Conde, J. (1996). Grups de suport a famílies amb una persona gran discapacitada. *Quaderns de Serveis Socials*, 11, 61-8.

- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Cuidabús. El cuidado en el entorno familiar de personas en situación de dependencia [serial on line] 2010 [Consultado el 27 de abril de 2024] <https://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/extranet/cuidabus/presentacion.php>
- Consejo de Europa (1995). *Necesidades específicas de las personas dependientes*. Estrasburgo: Consejo de Europa.
- Coope, B., Ballard, C., Saad, K., Patel, A., Bentham, P., Bannister, C., Graham, C. y Wilcock, G. (1995). The prevalence of depression in the carers of dementia sufferers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(3), 237-242. <https://doi.org/10.1002/gps.930100310>
- Crutsinger, C. (1994). *Thinking Smarter: Skills for Academic Success. Teacher Edition*. Brainworks.
- De Valle-Alonso, M. J., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L., & Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 12(1), 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.004>
- Domínguez-Guedea, M. T., & Díaz-Loving, R. (2016). Escala de abnegación en cuidadores familiares de adultos mayores. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(1), 224-233. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.190411>
- Escós C, Payán A, Yubero N, Santos A y Olivares A. (2001) Educación para la salud dirigido a cuidadores informales de enfermos encamados y semi-encamados en el área de Salud de Cuenca. *Trabajo social y salud*, (40), 487-499. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=247679>
- Espín, A. M. (2011). Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *RFS Revista Facultad de Salud*, 3(1), 9-19. <https://doi.org/10.25054/rfs.v3i1.61>
- Fernández Millán, J. M. (2003). Ayudando al cuidador del anciano: un programa televisivo para llegar a cada casa. *Psychosocial Intervention*, 12(3), 345-352. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818049006>
- Gallagher, D., Rose, J., Rivera, P., Lovett, S. y Thompson, L. W. (1989). Prevalence of depression in family caregivers. *The gerontologist*, 29, 449-456. <https://doi.org/10.1093/geront/29.4.449>

- Gandoy M, (1999). Evaluación y resultados de la instauración de un programa de terapia de grupo dirigido a un colectivo de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. *Psychosocial Intervention*, 8(1), 109-116.
<https://journals.copmadrid.org/pi/art/d5c186983b52c4551ee00f72316c6eaa>
- García, M., Mateo-Rodríguez, I., y Eguiguren, A. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de seguridad. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 132-39.
<https://dx.doi.org/10.1157/13062262>
- González, M. G., Lozano, M. G., y Hernández, R. M. (2021). Que no te influyeran más: Programa de intervención educativa sobre redes sociales, autoconcepto y autoestima. *OIDLES: Observatorio Iberoamericano del Desarrollo Local y la Economía Social*, 15(1), 44-56.
<https://www.eumed.net/es/revistas/oidles/especial-noviembre-21/programa-autoestima>
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria* (Vol. 1). Grupo Planeta (GBS).
- IMSERSO (1999). Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Colectivo, I. O. E.
- IMSERSO (2005). Cuidado a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. *Colección Estudios Serie de Dependencia*.
- Informe Mundial sobre el Alzheimer*. (2009).
<https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport-Espanol.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2024). *Estadística mensual*.
<https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual>
- Jofré Aravena, V. (2011). El cuidado informal como objeto de estudio. *Ciencia y enfermería*, 17(2), 7-8. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000200001>
- King, Baumann, K., O'Sullivan, P., Wilcox, S. y Castro, C. (2002). Effects of moderate-intensity exercise on physiological, behavioural and emotional responses to family caregiving: a randomized controlled trial. *Journal of Gerontology*, 57A (1), 26-36. <https://doi.org/10.1093/gerona/57.1.M26>
- Lanzón Serra, T. (2013). *Una intervención interdisciplinar en cuidadores de personas dependientes* [Tesis Doctoral, Universitat de València].
<http://hdl.handle.net/10550/29187>

- Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias. *Boletín Oficial de Estado*, 141, 13 de junio de 2019. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-8794
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, 15 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Lindenbaum K, Stroka MA, Linder R. (2014). Informal caregiving for elderly people with mental illnesses and the mental health of the informal caregivers. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 17(3), 99-105. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25543113/>
- López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista clínica de medicina de familia*, 2(7), 332-339. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000200004&script=sci_arttext&tlng=en
- López M, Martínez R y Torres M. (1998). Programa de apoyo al cuidador informal del anciano. *Gerokomos*, 4(25), 120-5 <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/09-3-1998-120.pdf>
- López M y Pérez C. (1999). Talleres de orientación y apoyo a familiares de cuidadores de enfermos con demencias. *A tu Salud: Revista de educación para la salud*, 26, 18-24
- Losada A, Izal M, Montorio I, Márquez M. y Pérez G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38(8), 701-708. <https://doi.org/10.33588/rn.3808.2003522>
- Manton KG, Corder E, Stallard E. (1997). Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982–1994. *Proceedings of the national Academy of Sciences*, 94(6), 2593-2598. <https://doi.org/10.1073/pnas.94.6.2593>
- Márquez M, Barquero A, Carrasco M. y Cárdenas D. (1997). Los programas de educación para la salud desde una perspectiva cualitativa. El papel de la familia, cuidadores informales. *Enfermería científica*, 1997(186-7), 5-7.
- Martín C, Medina M. y Izabal E. (1999). Una experiencia grupal: cuidar al cuidador. *Metas de Enfermería*, 2(13), 15-18.

- Martín, M. D. G., y Domínguez, E. M. Z. (2013). Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. *Enfermería Global*, 12(4), 211-221. <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.4.177061>
- McNaughton, M. E., Patterson, T. L., Smith, T. L. y Grant, I. (1995). The relationship among stress, depression, locus of control, irrational beliefs, social support, and health in Alzheimer's disease caregivers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(2), 78-85. <https://doi.org/10.1097/00005053-199502000-00003>
- Mediavilla, L. y Gómez Barrios, V. (2021). Desarrollo de competencias personales y sociales a través de las actividades formativas en el medio natural y de la metodología experiencial. *Journal of Sport and Health Research*. 13(3):455-466. <https://recyt.fecyt.es/index.php/JSHR/article/view/91223>
- Millán, J. C., Gandoy, M., Fuentes, I., García, B., Buide, A., y Mayán, J. M. (1999). Programa de intervención-apoyo dirigido a los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. *Salud Rural*, 6, 71-78 [10.1016/S0212-5382\(08\)70757-X](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(08)70757-X)
- Moise, P., Schwarzinger, M., & Um, M. Y. (2004). Dementia care in 9 OECD countries: a comparative analysis. *OECD HealthWorking Papers no 13* <https://doi.org/10.1787/18152015>
- Molina, J., Iañez, M., y Iañez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*, 15(1), 33-43. <https://doi.org/10.25009/pys.v15i1.817>
- Montorio C., I., Izal F.T., M., López L., A. y Sánchez C., M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248. <http://hdl.handle.net/10201/10157>
- Mora Vico, M. T. (2017). El Síndrome del cuidador quemado: Aspectos que repercuten en él y cómo prevenirlo. *Publicaciones Didácticas*. <https://core.ac.uk/download/pdf/235855749.pdf>
- Mori, M. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit*, 14, 81-90. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601409>
- Mouronte P, Sánchez P, Olazaran J. y Buisan R. (2001). Apoyo a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer: un programa desde la enfermería de atención especializada. *Todo hosp*, 798-805.
- Muñoz, L. (2000). El apoyo social y el cuidado de la salud humana. *Cuidado y Práctica de Enfermería*, 3 (5), 99-105.

- Palomar, J., Matus, G. L. y Victorio, A. (2013). Elaboración de una Escala de Apoyo Social (EAS) para adultos. *Universitas Psychologica*, 12(1), 129-137. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64728729013>
- Párraga Zambrano, A. C., y Guzmán Ramírez, A. C. (2023). Índices de estrés, ansiedad y depresión en madres de pacientes hospitalizados. *Estudios Del Desarrollo Social: Cuba Y América Latina*, 9 (Número Especial No. 2). Recuperado a partir de <https://revistas.uh.cu/revflacso/article/view/3754>
- Pérez, A. (2008). *Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través de modelo sociocultural del estrés y afrontamiento*. [Tesis doctoral] Universidad de Salamanca, España. <https://doi.org/10.14201/gredos.22590>
- Pérez, J. M. (1997). Evolución vivencial del cuidador. *Psiquis*, 18, 138-141.
- Píriz, C. (1997). Educación sanitaria a los familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Gerokomos*, 8(19), 26-30. <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/08-19-1997-26.pdf>
- Riedel-Heller, S. G., Busse, A., y Angermeyer, M. C. (2006). The state of mental health in old-age across the 'old' European Union—a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 388-401. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00632.x>
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L. y Martín, J.C. (2010). La Educación Parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva. Federación Española de Municipios y Provincias y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/eduParentalRecEducativo.pdf>
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., Martín J.C. y Rodríguez, B. (2015). La parentalidad positiva desde la prevención y promoción. En M.J. Rodrigo (Coord.) (2015). Manual práctico de parentalidad positiva. Síntesis S.A.
- Rodríguez Cabrero, G. (2004). El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos. *Madrid: Fundamentos*.
- Rodríguez-Rodríguez P. (2005) El Apoyo informal a las personas mayores. *Universidad Internacional de Andalucía*.
- Roca, M., Úbeda, I., Fuentelsaz, C., López, R., Pont, A., García, L. y Pedreny, R. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención primaria*, 26(4), 217-223. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78650-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78650-1)

- Sánchez MR, Molina CE y Gómez-Ortega O. (2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Revista cuidarte*, 7(1), 1171-1184. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>
- Schallock, R., y Verdugo, M. (2003). Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. *Madrid, España: Alianza*.
- Schulz, R. y Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Jama*, 282(23), 2215-2219. <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>
- Steffen, A. M. (2000). Anger management for dementia caregivers: A preliminary study using video and telephone interventions. *Behavior Therapy*, 31(2), 281-299. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80016-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80016-7)
- Teruel, P., Salavera, C., Usán, P., y Antoñanzas, J. L. (2019). Inteligencia emocional centrada en uno mismo y en el otro: Escala Rotterdam de Inteligencia Emocional (REIS). *Universitas Psychologica*, 18(4), 1-12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-4.iecm>
- Toribio A y Ramírez A. (1997). Cuidemos a los cuidadores. *Revista Rol de Enfermería*, 22, 13-5.
- Torres Egea, M., Ballesteros Pérez, E., y Sánchez Castillo, P. D. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, 19(1), 9-15. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n1/rincon1.pdf>
- Úbeda, I. (2009) Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario. *Universidad de Barcelona. Escuela de enfermería*
- Villarejo Aguilar L., Zamora Peña M.A. y Casado Ponce G. (2012). Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enfermería Global*, 11(3). <https://doi.org/10.6018/eglobal.11.3.155111>
- Vinyoles, E., Copetti, S., Cabezas, C., Megido, M. J., Espinàs, J., Vila, J., ... y Grupo de Estudio cuida'l. (2001). CUIDA'L: un ensayo clínico que evaluará la eficacia de una intervención en cuidadores de pacientes demenciados. *Atención Primaria*, 27(1), 49. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78773-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78773-2)
- Zambrano R y Ceballos P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36, 26-39. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615418005>

Anexos

ANEXO 1. Instrumentos de evaluación

Diario de seguimiento (elaboración propia)

- Horario en el que se ha llevado a cabo la sesión:
- Tiempo que ha durado la sesión:
- Número de personas que han acudido a la sesión:
- Resultado de la sesión y propuestas de mejora.
 - ¿Qué cambiarías de la sesión?
 - ¿Cómo ha sido la participación, se han implicado en las actividades?
 - ¿Has tenido alguna dificultad para llevar la sesión a cabo? Relata lo ocurrido y cómo podrías mejorar las actividades para evitarlo.

Cuestionario de satisfacción de elaboración propia

1. ¿Cuál es tu relación con la persona dependiente que cuida? Por ejemplo: hijo/a, esposo/a, madre, padre, otro familiar.
2. ¿Cuánto tiempo lleva cuidando de su familiar?
3. Conteste los siguientes ítems según su grado de acuerdo o desacuerdo, donde:

1= Totalmente desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Neutral; 4= De acuerdo; 5= Totalmente de acuerdo

Pregunta	1	2	3	4	5
1. ¿Considera que los temas tratados en el programa fueron relevantes para sus necesidades como persona cuidadora?					
2. ¿Cómo calificaría la calidad de los recursos y materiales proporcionados (folletos, videos, guías, viñetas, etc)?					
3. ¿Los materiales eran claros y fáciles de entender?					
4. ¿Considera que las actividades realizadas durante el programa fueron efectivas para mejorar su bienestar como persona cuidadora?					
5. ¿Qué tan adecuadas fueron las actividades para abordar los desafíos específicos que enfrenta como persona cuidadora?					
6. ¿Ha notado alguna mejora en su capacidad para manejar el estrés y las demandas del cuidado después de participar en el programa?					
7. ¿Siente que el programa le ha ayudado a mejorar su relación la persona que cuida?					
8. En general, ¿qué tan satisfecho/a está con el programa de intervención?					
9. ¿Recomendaría este programa a otras personas cuidadoras de personas dependientes?					

4. ¿Qué aspectos del programa considera que fueron más útiles?
5. ¿Qué aspectos del programa cree que podrían mejorarse?
6. ¿Hay algún tema o área que no se haya tratado en el programa y que le gustaría que se incluyera en el futuro?

Escala de satisfacción con la vida (SWLS) (adaptación de Atienza et. al, 2000)

Instrucciones: A continuación, se presentan cinco ítems. Léalos y señale el nivel de acuerdo que presenta con cada uno de ellos, donde 1 es muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5

Escala de apoyo social (EAS) para adultos (Palomar et. al, 2013)

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de ítems. Léalos y señale el grado de acuerdo que mantiene con cada uno de ellos, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Mis amigos me abrazan o me dan afecto	1	2	3	4
2	Mi familia es cariñosa conmigo	1	2	3	4
3	Mi familia reconoce lo que hago bien	1	2	3	4
4	Mi familia realmente trata de ayudarme	1	2	3	4
5	Mi familia me apoya y me ayuda cuando lo necesito	1	2	3	4
6	Mis amigos realmente tratan de ayudarme	1	2	3	4
7	Puedo hablar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4
8	Mi familia me ayuda a tomar decisiones	1	2	3	4
9	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4
10	Cuento con al menos una persona que me ayuda a entender por qué no hice algo bien	1	2	3	4
11	Cuento con al menos una persona que puede guardar en secreto lo que hablamos	1	2	3	4
12	Cuento con al menos una persona que se preocupa por mi bienestar	1	2	3	4
13	Cuento con al menos una persona que me dice que se siente cercana a mí	1	2	3	4
14	Cuento con al menos una persona que me hace saber que hice algo bien	1	2	3	4
15	Cuento con al menos una persona que me acepta como soy	1	2	3	4
16	Cuento con al menos una persona con la que hablo de las cosas que me interesan	1	2	3	4
17	Cuento con al menos una persona con la que puedo hablar de mis sentimientos más profundos	1	2	3	4
18	Cuento con al menos una persona con la que puedo contar en caso de necesidad	1	2	3	4
19	Cuento con al menos una persona que me hace saber cómo se sintió en una situación similar a la que estoy pasando	1	2	3	4

20	Cuento con al menos una persona que me respeta por las cosas que he hecho bien	1	2	3	4
21	Cuento con al menos una persona que ha estado conmigo en momentos difíciles	1	2	3	4

Escala Rotterdam de Inteligencia Emocional (REIS) (adaptación de Teruel et. al, 2019)

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de ítems. Léalos y señale el grado de acuerdo que mantiene con cada uno de ellos, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Siempre sé cómo me siento	1	2	3	4	5
2	Puedo distinguir bien mis propias emociones	1	2	3	4	5
3	Soy consciente de mis propias emociones	1	2	3	4	5
4	Entiendo por qué me siento de la manera en que me siento	1	2	3	4	5
5	Sé cuáles son las emociones que experimento	1	2	3	4	5
6	Principalmente soy capaz de explicar exactamente cómo me siento	1	2	3	4	5
7	Puedo juzgar bien si los acontecimientos me tocan emocionalmente	1	2	3	4	5
8	Soy consciente de las emociones de las personas que me rodean	1	2	3	4	5
9	Sé qué sentimientos experimentan los demás	1	2	3	4	5
10	Cuando miro a otras personas puedo ver cómo se sienten	1	2	3	4	5
11	Puedo juzgar bien si los acontecimientos tocan a los demás emocionalmente	1	2	3	4	5
12	Tengo el control de mis propias emociones	1	2	3	4	5
13	Puedo suprimir mis emociones fácilmente	1	2	3	4	5
14	No dejo que mis emociones controlen mi vida	1	2	3	4	5
15	Solo muestro mis emociones cuando es apropiado	1	2	3	4	5

16	Incluso cuando estoy enfadado/a puedo mantener la calma	1	2	3	4	5
17	Si quiero, pongo cara de póker	1	2	3	4	5
18	Ajusto mis emociones cuando es necesario	1	2	3	4	5
19	Puedo hacer que otra persona se sienta diferente	1	2	3	4	5
20	Puedo alterar el estado emocional de otra persona	1	2	3	4	5
21	Puedo aumentar o atenuar las emociones de los demás	1	2	3	4	5
22	Tengo una gran influencia sobre cómo se sienten los demás	1	2	3	4	5
23	Sé qué hacer para mejorar el estado de ánimo de las personas	1	2	3	4	5
24	Sé cómo influir en las personas	1	2	3	4	5
25	Puedo calmar a otros	1	2	3	4	5

Escala de abnegación en cuidadores familiares de adultos mayores (Domínguez-Guedea y Díaz-Loving, 2016)

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de ítems. Léalos y señale el grado de acuerdo que mantiene con cada uno de ellos, donde 1 es nunca y 4 siempre.

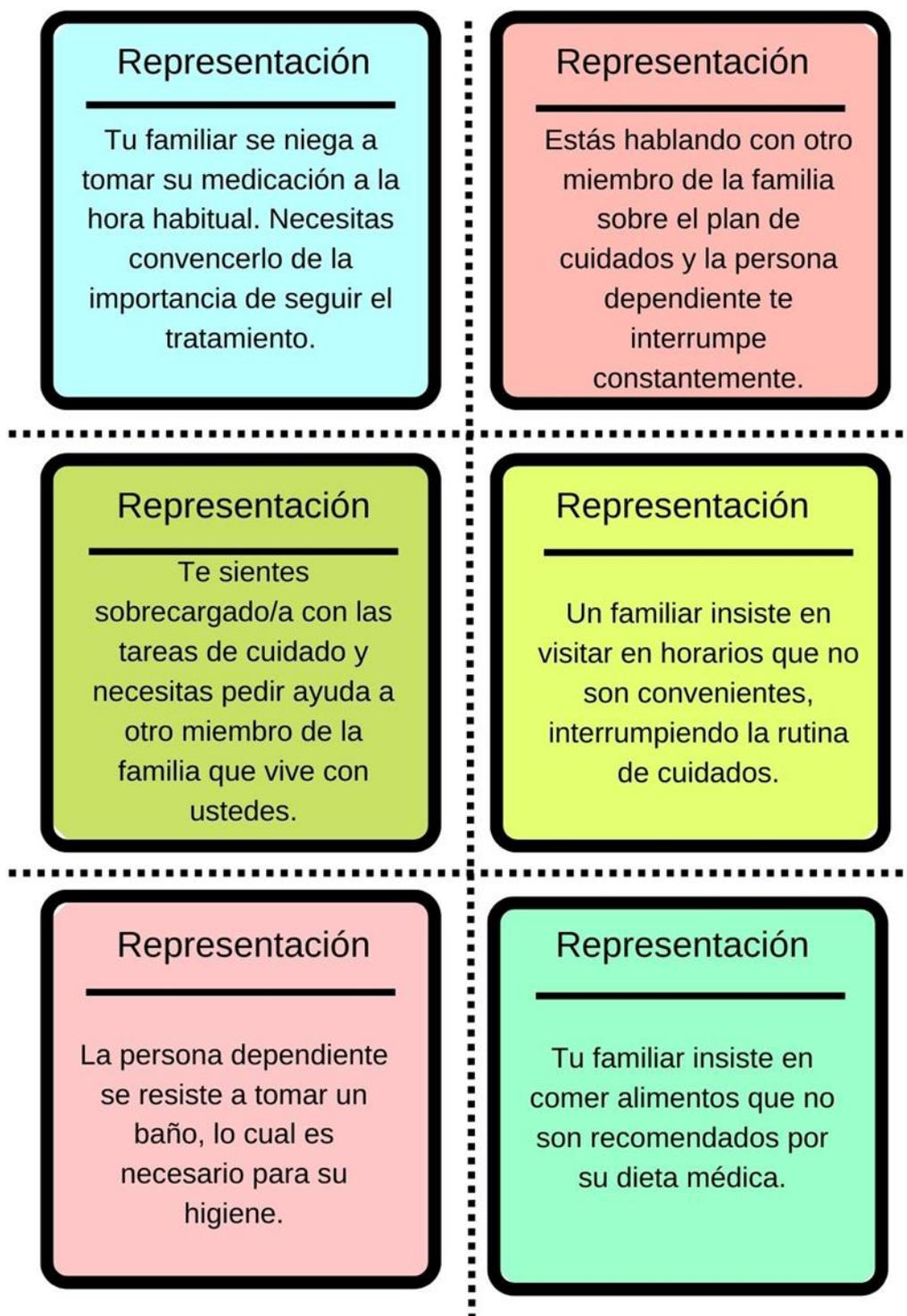
		Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1	Me cuesta trabajo decir que no a mis familiares	1	2	3	4
2	Pienso que debo darle gusto a mi familia en todo	1	2	3	4
3	Pienso que es necesario hacer mis prioridades a un lado para evitar conflictos.	1	2	3	4
4	Si alguien me hace sentir mal prefiero quedarme callada(o)	1	2	3	4
5	Prefiero hacerme cargo de las cosas para que los demás no se incomoden	1	2	3	4
6	Me da pena negarme cuando me piden que haga algo	1	2	3	4
7	Yo hago las cosas por los demás para que ellos no se cansen	1	2	3	4
8	Para que estén contentos hago lo que a los demás les toca hacer	1	2	3	4
9	Me gusta hacer más de lo que puedo si es por mi familia	1	2	3	4
10	Me gusta que mi familia sea primero, antes que yo	1	2	3	4
11	Atiendo las necesidades de mi familia antes que las mías	1	2	3	4
12	Cuido primero la salud de mi familia y después la mía	1	2	3	4

Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (adaptación de Montorio et. al, 1998)

Instrucciones para la persona cuidadora: A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	1	2	3	4	5
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	1	2	3	4	5
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	1	2	3	4	5
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	1	2	3	4	5
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	1	2	3	4	5
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	1	2	3	4	5
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5

11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	1	2	3	4	5
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1	2	3	4	5
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	1	2	3	4	5
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	1	2	3	4	5
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	1	2	3	4	5
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	1	2	3	4	5

*ANEXO 2: Material complementario de las sesiones desarrolladas***Sesión 1.1. El poder de la palabra***ANEXO 2.1: Temas para representar.*

ANEXO 2.2: Ejemplo de Viñetas:

Viñeta 1: Un familiar no quiere ir al médico. La viñeta ilustra a una esposa tratando de convencer a su pareja de asistir a una cita médica importante, mientras la pareja se muestra reacia y preocupada. Los participantes deben considerar cómo abordarían la conversación, qué pensamientos cruzarían su mente y qué emociones experimentarían.



Viñeta 2: Un familiar se resiste a aceptar ayuda con las tareas del hogar. La viñeta muestra a un adulto mayor discutiendo con su hija sobre la necesidad de ayuda con las tareas domésticas, insistiendo en que puede manejar todo solo. Los participantes deben pensar en qué estrategia de comunicación usarían, qué emociones sentirían y cómo manejarían la resistencia.



ANEXO 2.3: Análisis:

Aspecto a Evaluar	Pregunta	Respuesta
Estilo de Comunicación	1. ¿Cuál es su estilo de comunicación predominante? (Marque con una "X")	[] Asertivo/a [] Pasivo/a [] Agresivo/a
	2. Describa brevemente su estilo de comunicación en este escenario.	
Práctica de la Escucha Activa	3. ¿Con qué frecuencia practica la escucha activa? (Marque con una "X")	[] Siempre [] A menudo [] A veces [] Raramente [] Nunca
	4. Describa brevemente cómo practica la escucha activa.	
Consecuencias de las	5. ¿Cómo cree que su forma de comunicarse influye en la percepción de la persona dependiente de usted?	

Respuestas en la Interacción	6. ¿Cómo cree que su forma de comunicarse afecta la calidad de la interacción y el ambiente emocional?	
	7. ¿Cómo se sintió durante la interacción? ¿Por qué cree que se sintió de esa manera?	
	8. ¿Por qué cree que actuó de la manera en que lo hizo en esta situación?	
Comentarios Adicionales	9. ¿Hay algo más que quiera añadir sobre su experiencia?	

ANEXO 2.4: Tabla de compromisos

Compromisos	Nivel de consecución:		
	Total	Medio	Bajo

Sesión 2.1. Energía positiva: Bienestar en el cuidado.

ANEXO 2.5: Material para actividad 1:

Música relajante: <https://www.youtube.com/watch?v=9w81wK6-zJA>

Guion para la fantasía guiada:

Cierra los ojos y respira profundamente varias veces para relajarte. Imagina que estás en un lugar tranquilo y seguro, donde te sientes completamente a gusto y relajado. Puede ser un lugar real o imaginario, como una playa serena, un bosque tranquilo, o una habitación acogedora en tu casa. Tómate unos momentos para explorar este lugar con todos tus sentidos: siente la textura del suelo bajo tus pies, escucha los sonidos suaves a tu alrededor y respira profundamente el aire fresco.

Escenario 1: La medicación

Ahora, imagina que estás en casa con tu familiar. Están en el salón viendo la televisión. Es el momento de darle su medicación, pero hoy se niega a tomarla. “No quiero tomar eso, me quieres envenenar con tanta pastilla”, te dice la persona a la que cuidas. En ese momento, sientes una ola de frustración y estrés comenzando a surgir. Hay un nudo en tu estómago y una sensación de tensión en tus hombros, mandíbula y manos. Piensas en todas las veces que has tenido que enfrentar esta situación y te sientes abrumada, preocupada por la salud de tu familiar.

Antes de reaccionar, te tomas un momento para cerrar los ojos y respirar profundamente. Inhalas lentamente por la nariz, sintiendo cómo tu abdomen se expande. Luego exhalas suavemente por la boca, dejando que el aire salga lentamente. Repites esto tres veces, notando cómo cada respiración te ayuda a calmarte y centrarte.

Después, abres los ojos y decides hablar con tu familiar en un tono calmado y suave. Dices con paciencia: “Entiendo que no quieras tomar tu medicación ahora, pero es muy importante para tu salud. Sé que puede ser molesto, pero ayudará a que te sientas mejor. ¿Podemos intentarlo juntos?”. También tratas de empatizar: “Recuerdo que la última vez te hizo sentir mal, pero he hablado con el médico y hemos ajustado la dosis. ¿Podrías darle otra oportunidad?”

Ante la negativa de tu familiar, decides ofrecer opciones para darle un sentido de control. Dices: “Podemos tomar la medicina ahora o en 10 minutos. ¿Qué prefieres?”. Finalmente, la persona dependiente acaba tomando su medicación.

Escenario 2: La rutina

Imagina otra situación común. La persona cuidada está resistiéndose a bañarse y muestra apatía, lo cual despierta en ti una creciente sensación de irritación y agotamiento. La rutina diaria se convierte en un desafío emocional y práctico, exacerbado por la necesidad de cumplir con responsabilidades y horarios.

Te sientes cada vez más frustrada y decides retirarte a otra habitación para gestionar tus propias emociones. Intentas calmarte respirando profunda y lentamente, pero tus pensamientos siguen llenos de preocupación y estrés.

Después de un breve momento, regresas al espacio donde está la persona a tu cargo. En lugar de abordar la situación de manera efectiva, decides evitar el conflicto directo y optas por ignorar el problema temporalmente. Con un tono de voz cargado de frustración, dices: "Haz lo que quieras, no me importa si te bañas o no. Estoy harta de luchar contigo todo el tiempo."

Escenario 3: La alimentación

Imagina que es la hora del almuerzo y estás intentando que tu familiar coma. Te has esforzado en preparar una comida nutritiva, pero hoy tu familiar se niega a comer. “No tengo hambre, no quiero eso”, dice con un tono desafiante. En ese momento, sientes una mezcla de frustración y ansiedad. Te preocupa su nutrición y te sientes impotente al no poder hacer que coma. Notas cómo la tensión se acumula en tu pecho y tu respiración se vuelve rápida y superficial. Tus pensamientos se llenan de desesperación al recordar las muchas veces que has enfrentado esta misma batalla.

Sin tomarte el tiempo para calmarte, reaccionas impulsivamente. “¡Tienes que comer! ¡Esto es importante para tu salud y no tienes opción!”, dices con voz elevada. Tu tono de voz y tu postura muestran tu frustración. Tu familiar, sintiéndose presionado y atacado, se cierra aún más y se niega rotundamente a comer, lo que aumenta tu frustración y empeora la situación.

Escenario 4: Emocional

Por último, imagina que estás en casa. Son las 7 de la tarde y la acumulación de responsabilidades y el cuidado constante te han llevado a sentirte abrumada por la tristeza y la ansiedad, enfrentando emociones intensas que dificultan la gestión cotidiana.

En este momento, estás en tu hogar, sintiendo la carga del día sobre tus hombros. Te das cuenta de que necesitas tomar un momento para ti misma. Buscas un lugar tranquilo y cómodo donde puedes sentarte. Cierras los ojos y te concentras en tu respiración, inhalando profundamente y exhalando lentamente para calmar tu mente. Colocas una mano sobre tu corazón, sintiendo el latido tranquilo. En este momento de conexión contigo misma, te hablas con amabilidad y comprensión: "Está bien sentirse así. Estoy haciendo lo mejor que puedo en circunstancias difíciles. Este momento pasará, y me permito sentir estas emociones sin juzgarme."

Reconoces la validez de tus emociones, cultivando un diálogo interno compasivo que te ayuda a mitigar la autocrítica y el estrés emocional. Después de practicar la autocompasión, coges tu teléfono y marcas a un familiar de confianza, a quien le cuentas cómo te has sentido.

Ahora, imagina volver a tu lugar tranquilo y seguro. Tómate unos momentos para disfrutar de la paz y la calma que te rodea. Permite que la tensión y el estrés se disuelvan, dejando lugar a una sensación renovada de serenidad y fortaleza.

Cuando te sientas lista, comienza a mover tus dedos y tus pies lentamente. Abre los ojos despacio, trayendo consigo la calma y las estrategias que has practicado aquí

ANEXO 2.6: Tabla de compromisos

Compromisos	Nivel de consecución:		
	Total	Medio	Bajo

Sesión 3.2. Equipo en acción

ANEXO 2.7. Relatos:

Relato 1: La historia de María

En un tranquilo vecindario, María se levanta cada mañana con la dedicación de cuidar a su madre, quien enfrenta una enfermedad degenerativa que la ha dejado en una silla de ruedas. Desde temprano, María establece una rutina meticulosa que involucra a su hermana Ana y a su hijo David en las tareas diarias. Ana, quien vive cerca, se encarga de preparar las comidas adaptadas a las necesidades de su madre. David, a sus quince años, ha asumido la responsabilidad de hacer las compras semanales, asegurándose de mantener la despensa llena de alimentos frescos y esenciales.

María, consciente de la importancia de mantener una comunicación clara y abierta con su familia, ha establecido límites desde el principio. Ella guía a Ana y a David sobre las necesidades específicas de cuidado de su madre, y juntos han organizado un calendario que permite a cada uno contribuir sin sentirse abrumados.

Sin embargo, a pesar de la organización cuidadosa, hay días en los que la responsabilidad y el estrés pesan sobre María. Una tarde particularmente agotadora, cuando la fatiga y las preocupaciones se acumulan, María decide tomar un respiro. Se sienta con David y Ana en la sala de estar, donde comparten un momento de tranquilidad juntos. Con ternura y honestidad, María les explica cómo se siente. Reconoce la carga emocional que lleva como cuidadora principal de su madre y admite que, en ocasiones, se siente desbordada.

"Me siento muy cansada últimamente", confiesa María, mirando a su hijo y su hermana con afecto. "Sé que ambos hacen mucho por mamá y estoy realmente agradecida por eso. Pero hoy, me siento como si necesitara un poco más de ayuda para poder descansar un poco."

David y Ana escuchan atentamente las palabras de María. Ambos comprenden la situación y se sienten conectados con sus sentimientos. David, sin dudarlo, ofrece llevar a cabo algunas tareas adicionales esa semana para aligerar la carga de María, mientras que Ana asegura a su hermana que está disponible para apoyarla más activamente siempre que sea necesario.

Este momento de apertura y vulnerabilidad fortalece los lazos familiares. María se siente aliviada al saber que puede confiar en su familia para compartir la responsabilidad del cuidado.

Relato 2: La historia de Carlos

En un barrio residencial no muy alejado del de María, Carlos se despierta cada mañana con un sentido profundo de deber hacia su esposa, Isabel, quien lucha contra una enfermedad debilitante que ha transformado su vida cotidiana. Desde hace meses, Carlos ha asumido la carga completa del cuidado de Isabel. Desde preparar las comidas hasta administrar la medicación y asistirle en sus rutinas diarias. Él se ha dedicado por completo a asegurarse de que ella reciba el mejor cuidado posible.

A pesar de los gestos de apoyo constantes de sus amigos y familiares, Carlos se ha cerrado a cualquier ayuda externa. Considera que es su responsabilidad exclusiva cuidar de Isabel y siente que cualquier intervención externa podría interferir con su capacidad para brindarle el cuidado que ella necesita. Esta actitud de autoimpuesta autonomía ha comenzado a cobrarle un precio físico y emocional considerable a Carlos.

Sus amigos y familiares, conscientes de la carga que Carlos lleva sobre sus hombros, han intentado ofrecer su ayuda de diversas maneras. Algunos han sugerido acompañarlo en las tareas del hogar o cuidar a Isabel por un par de horas para que Carlos pueda descansar. Sin embargo, él rechaza estas ofertas con una mezcla de gratitud y obstinación. Internamente, se siente culpable por considerar que necesita ayuda, como si eso fuera una señal de debilidad o incapacidad para cuidar adecuadamente de Isabel.

A medida que los días pasan, la salud de Carlos comienza a deteriorarse gradualmente. El estrés constante, combinado con la falta de descanso adecuado y la preocupación constante por Isabel, están minando su resistencia física y emocional. Empieza a notar que su paciencia se agota más rápidamente, y ocasionalmente se encuentra enojándose por pequeñas cosas que antes no le afectaban.

Isabel, por su parte, percibe la tensión creciente en su hogar. A pesar de su propia lucha contra la enfermedad, se preocupa profundamente por el bienestar de Carlos. Observa cómo su esposo se esfuerza por mantenerse firme y fuerte frente a los desafíos diarios, pero también nota cómo su agotamiento se refleja en su relación. A menudo, Isabel intenta sugerir a Carlos que acepte ayuda o que al menos se permita tomarse un

descanso, pero sus intentos son recibidos con una negativa obstinada y un repliegue emocional por parte de Carlos.

En lugar de comunicar claramente sus necesidades y establecer límites saludables con respecto al cuidado de Isabel, Carlos se retira aún más emocionalmente. Se encierra en sí mismo, creyendo erróneamente que debe soportar la carga solo para demostrar su compromiso y amor por su esposa. Este aislamiento gradual solo sirve para aumentar su sensación de soledad y agotamiento, perpetuando un ciclo de estrés y desgaste emocional.

En los momentos de mayor introspección, Carlos empieza a reconocer que su enfoque inflexible está teniendo un impacto negativo en su propia salud y en la dinámica de cuidado con Isabel. Se da cuenta de que sus amigos y familiares no ofrecen ayuda solo por obligación, sino porque genuinamente quieren apoyarlo a él y a Isabel en este difícil momento.

ANEXO 2.8: Ejemplos:

Ejemplo: María establece un horario semanal para la administración de medicamentos de su madre. Ella delega la responsabilidad de la mañana a su hermana, quien vive cerca y puede pasar por la casa antes de ir al trabajo. Por la tarde, su hijo adolescente se encarga de asegurarse de que su abuela tome la medicación adecuada después de la escuela.

Ejemplo: Juan y su esposa tienen horarios de trabajo que les impiden estar en casa todo el día. Organizan turnos de visita entre sus hermanos y amigos cercanos. Cada uno se compromete a visitar a su padre enfermo tres veces por semana, asegurando así que haya compañía constante y apoyo emocional.

Ejemplo: Ana utiliza una aplicación de recordatorios compartidos para coordinar las citas médicas y las tareas diarias para su hijo con necesidades especiales. La aplicación envía notificaciones a los familiares involucrados, asegurando que todos estén al tanto de los horarios y las responsabilidades.

Ejemplo: Antonio, el principal cuidador de su esposa con Alzheimer, organiza reuniones semanales con amigos cercanos. Durante estas reuniones, sus amigos se turnan para brindar compañía a su esposa mientras él disfruta de un tiempo de descanso y socialización fuera del hogar.

Ejemplo: Marta establece límites claros con su hermano respecto a las tareas de cuidado de su madre enferma. Ella explica que necesita descansos regulares y propone que cada uno se encargue de las tareas de cuidado en días alternos. Esto permite a Marta tener tiempo para sus propios compromisos sin sentirse abrumada.

Ejemplo: Laura organiza caminatas semanales con su grupo de amigos. Durante estas salidas, su hermana se queda con su padre, quien requiere cuidados constantes debido a su condición de salud. Esta práctica le permite a Laura recargar energías y mantener su bienestar emocional.

ANEXO 2.9: Tarjetas:



ANEXO 2.10: Para reflexionar:

Tarea que delego...	¿En quién la delego?	¿Con qué frecuencia la delego?

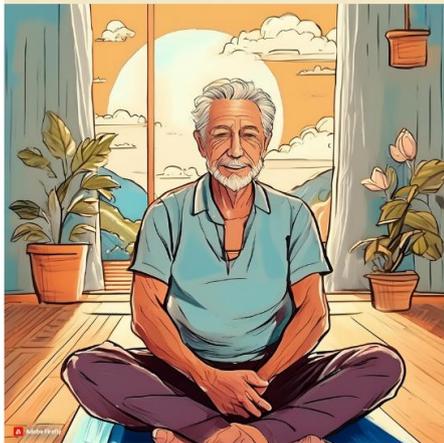
ANEXO 2.11: Compromisos:

Compromisos	Nivel de consecución:		
	Total	Medio	Bajo

Sesión 4.2. Recargándome.

ANEXO 2.12: Situaciones:

Juan, un cuidador de su esposa con Alzheimer, reserva 30 minutos cada mañana para hacer ejercicio y meditar. Se siente más energético y menos estresado durante el día.



Pedro, quien cuida a su hermano con discapacidad, no se permite tiempo para sí mismo. Se siente constantemente agotado y frustrado, lo que afecta negativamente su relación con su hermano.



Carla, que cuida a su madre con movilidad reducida, se une a un grupo de apoyo en línea donde comparte sus experiencias y recibe consejo. Esto le proporciona un espacio para desahogarse y obtener sugerencias útiles.



Ana, que cuida a su padre con Parkinson, trata de manejar todo sola y no pide ayuda. Con el tiempo, su salud se deteriora y se vuelve menos capaz de cuidar de su padre de manera efectiva.



ANEXO 2.13: Compromisos:

Compromisos	Nivel de consecución:		
	Total	Medio	Bajo

Sesión 5.1. Prevención en práctica.*ANEXO 2.14: Testimonios:*

Testimonio 1:

"Me levanto a las 6 am todos los días para preparar el desayuno y las medicinas de mi madre. Ella tiene Alzheimer y requiere atención constante. Desde el momento en que me despierto, no tengo un minuto libre. Asegurarme de que tome sus medicamentos a tiempo y en la dosis correcta es solo el comienzo. Luego, debo ayudarla con su higiene personal, algo que solía ser una tarea rápida, pero que ahora puede llevar hasta una hora. Vestirla también es un desafío diario, ya que a menudo no recuerda cómo ponerse la ropa.

El día continúa con la supervisión constante para evitar que se lastime o se pierda en la casa. La comida es otro gran reto. Ella solía ser una gran cocinera, pero ahora no puede ni preparar una taza de té sin ayuda. Tengo que cocinar todas las comidas, y a veces ni siquiera tiene apetito, lo que hace que el esfuerzo se sienta aún más agotador.

Las noches son quizás las más difíciles. Mi madre tiene problemas para dormir y suele despertarse varias veces durante la noche, a veces deambulando por la casa. Esto significa que yo tampoco duermo bien. No recuerdo la última vez que dormí más de 4 horas seguidas. Me siento constantemente agotado y sin energía. He perdido contacto con amigos y he dejado de hacer las cosas que solía disfrutar porque simplemente no tengo tiempo ni fuerzas para ello. Mi salud física y mental está deteriorándose, pero no veo una salida fácil."

Testimonio 2:

"Mi madre tiene demencia, y desde el principio, busqué grupos de apoyo y recursos para aprender a manejar mejor la situación. Estos grupos no solo me han proporcionado información valiosa, sino también un espacio para compartir mis

experiencias y sentirme comprendida. Establecer una rutina diaria ha sido clave. Esto incluye tiempo para mi autocuidado, como leer, meditar y hacer ejercicio.

Cada mañana, me aseguro de tomarme al menos 30 minutos para meditar. Este tiempo me ayuda a centrarme y a comenzar el día con una actitud positiva. Durante el día, mientras mi madre participa en actividades que disfruta, como jardinería o pintura, yo aprovecho para realizar tareas personales o simplemente descansar. También me he asegurado de tener pequeños momentos de descanso a lo largo del día.

Además, mantengo una vida social activa. Me reúno con amigos y familiares regularmente, lo cual me proporciona un respiro y me permite desconectar. Mantener un equilibrio entre el cuidado de mi madre y mi propio autocuidado ha sido fundamental. Entiendo que mi bienestar es crucial para poder ofrecer el mejor cuidado posible a mi madre. Esto me ha permitido mantener una actitud positiva y evitar el agotamiento."

Testimonio 3:

"Mi hijo tiene parálisis cerebral y necesita asistencia para todas sus actividades diarias. Desde levantarlo de la cama por la mañana hasta acostarlo por la noche, mi día es una maratón sin fin. Cada tarea, por pequeña que parezca, requiere mucho tiempo y esfuerzo. Ayudarlo a vestirse, alimentarlo, moverlo de un lugar a otro... todo es un desafío constante.

La falta de ayuda es uno de los mayores problemas. Rara vez salgo de casa porque no tengo a nadie que me releve. Mis días están llenos de tareas repetitivas y agotadoras. Las citas médicas, las terapias y los tratamientos son una parte regular de nuestra rutina, y cada una de ellas implica una planificación y un esfuerzo considerables.

El aspecto emocional de cuidar a mi hijo es igualmente agotador. Me siento aislada y abrumada. La carga emocional es inmensa. Veo a otros niños de su edad que pueden hacer cosas que él nunca podrá hacer, y eso me llena de tristeza y frustración. Además, no tengo tiempo para mí misma. No puedo recordar la última vez que salí con amigos o tuve un momento de tranquilidad para leer un libro o ver una película. El estrés ha comenzado a afectar mi salud mental. Me siento ansiosa y deprimida, pero no veo una salida. Me siento atrapada en una rutina agotadora y desgastante, sin esperanza de un cambio."

Testimonio 4:

"Mi padre tiene Parkinson, y aunque requiere mucha atención, he aprendido a manejar mi tiempo y cuidar de mí misma también. Desde el principio, busqué el apoyo de otros familiares y contratamos ayuda profesional para las horas del día en que necesito un descanso. Esto me ha permitido seguir trabajando medio tiempo y mantener un sentido de normalidad en mi vida.

Cada mañana, después de ayudar a mi padre con su rutina matutina, me tomo una hora para mí. Hago ejercicio, ya sea yoga o una caminata rápida, y esto me ayuda a mantenerme en forma y despejar mi mente. Durante el día, mientras mi padre está ocupado con actividades que disfrute, como escuchar música o ver películas, aprovecho para realizar mis tareas personales o simplemente descansar.

También he establecido un sistema de apoyo con amigos y familiares. Organizamos reuniones regulares y actividades sociales que me permiten desconectar y recargar energías. Esta red de apoyo ha sido vital para mantener mi bienestar emocional. Además, he aprendido a aceptar que no puedo hacerlo todo y que está bien pedir ayuda. Mantener un equilibrio entre el cuidado de mi padre y mi propio autocuidado ha sido esencial para evitar el agotamiento."

Testimonio 5:

"Cuidar a mi esposo, que tiene esclerosis múltiple, es un trabajo de 24 horas. A menudo me siento como si estuviera en piloto automático. Desde la mañana hasta la noche, mi vida gira en torno a sus necesidades. Ayudarlo a levantarse de la cama, asistirlo en el baño, vestirlo, preparar sus comidas... la lista es interminable.

Cada día es una lucha constante, no solo físicamente sino también emocionalmente. Mi esposo solía ser un hombre muy activo e independiente, y verlo en su estado actual es devastador. Me esfuerzo por mantener una actitud positiva, pero es difícil cuando estás exhausta. Además, su dolor y malestar son constantes, y tengo que estar alerta para administrar sus medicamentos y asegurarme de que esté lo más cómodo posible.

No tengo tiempo para mí misma. He dejado de lado mis hobbies y actividades sociales. La última vez que salí con amigos fue hace más de un año. Me siento extremadamente sola y aislada. La falta de sueño también es un gran problema. Mi esposo

necesita asistencia durante la noche, y rara vez duermo más de unas pocas horas seguidas. Todo esto ha afectado mi paciencia y mi estado emocional. A veces, me siento culpable por no poder hacer más o por sentirme frustrada. El agotamiento físico y emocional es constante, y me preocupa no poder seguir adelante."

ANEXO 2.15: Análisis de los testimonios:

¿La persona presenta síndrome del cuidador quemado?	En caso afirmativo, indica la sintomatología observada.	En caso negativo, indica qué estrategias utiliza para evitar el síndrome del cuidador quemado.
Testimonio 1		
Testimonio 2		
Testimonio 3		
Testimonio 4		
Testimonio 5		

ANEXO 2.16: Consecuencias:

Presento la siguiente sintomatología:	Esto puede tener las siguientes consecuencias:

ANEXO 2.17: Compromiso:

Compromisos	Nivel de consecución:		
	Total	Medio	Bajo