



“Cuidar sin descuidarse”: Un programa piloto de intervención grupal psicoeducativo

Máster Universitario en Intervención Social y Comunitaria

Convocatoria Ordinal de Junio

Curso 2024-2025



Nombre de la autora: Celia Fernández Martínez

Nombre de la tutora: Maite Martín-Aragón Gelabert

Tipo de TFM: Proyecto de intervención

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MIS.MMG.CFM.250331

Fecha de depósito: 02/06/2025

ÍNDICE

1. Introducción	4
2. Justificación	6
3. Diseño del programa	11
3.1 Objetivos	11
3.1.1 Objetivo general	11
3.1.2 Objetivos específicos	11
3.2 Localización territorial	11
3.3 Participantes	11
3.4 Descripción del programa	12
3.4.1 Contenidos de la intervención	13
3.4.2 Descripción de las sesiones	16
3.5 Diseño de la evaluación del programa	18
3.5.1 Variables e instrumentos	19
3.5.2 Análisis de datos	22
3.6 Plan de trabajo	22
4. Resultados esperados	24
5. Limitaciones y plan de contingencia	25
6. Bibliografía	25
7. Anexos	32
Anexo 1. Resumen de programas de intervención.	32
Anexo 2. Recursos del barrio de Espinardo.	35
Anexo 3. Consentimiento informado.	36
Anexo 4. Cuestionario de participación.	37
Anexo 5. Cuestionario de Evaluación de la Sesión.	38
Anexo 6. Entrevista semiestructurada.	39
Anexo 7. Preguntas grupo focal.	40

RESUMEN

Las mujeres que cuidan de familiares enfermos sufren a diario diversos problemas relacionados con el proceso del cuidar. Entre ellos se destacan el síndrome de sobrecarga del cuidador/a, problemas de ansiedad y depresión, descenso de los ingresos económicos o aislamiento social; lo que conlleva a una disminución en su calidad de vida y satisfacción vital. Las intervenciones psicoeducativas grupales pueden mejorar el bienestar emocional de las cuidadoras, además de disminuir los sentimientos de soledad y desarrollar estrategias de afrontamiento, así como la creación de redes de apoyo.

El presente trabajo recoge una propuesta de un programa piloto de intervención grupal psicoeducativo, con el objetivo de promover el autocuidado y el cuidado saludable en mujeres cuidadoras de familiares enfermos/as inmovilizados/as del barrio de Espinardo (Murcia). La propuesta incluye el diseño de la evaluación de cada uno de los objetivos específicos que se plantean mediante metodologías cuantitativas y cualitativas. Está organizado en 6 módulos: bienvenida, conceptos básicos sobre el cuidado familiar, estrategias de comunicación verbal y no verbal, bienestar integral del cuidador principal, recursos disponibles y servicios comunitarios, y cuidar en red. Estos módulos serán abordados en un total de 13 sesiones, de 90 minutos de duración, con una periodicidad semanal, impartidas por un equipo multidisciplinar y con una duración total del programa de 22 meses.

Se espera que esta propuesta de intervención promueva el autocuidado y el cuidado saludable, mediante una reducción del nivel de sobrecarga, una disminución de los niveles de ansiedad y depresión, una mejora del apoyo social y de la satisfacción con la vida en mujeres cuidadoras de familiares enfermos/as inmovilizados/as del barrio de Espinardo (Murcia).

Palabras clave: cuidadoras informales, intervención grupal, sobrecarga, satisfacción vital, apoyo social, autocuidado.

1. INTRODUCCIÓN

Las mujeres son un colectivo que ha padecido a lo largo del tiempo ciertas características históricas, socioculturales y económicas que las han condicionado a sufrir desigualdades. Aunque a día de hoy se han producido cambios en muchos aspectos, aún se mantienen estereotipos de género y desigualdades que les siguen afectando (Miret, 2022).

Uno de los ámbitos donde las mujeres sufren desigualdad es en la división de roles, donde se ha mantenido a las mujeres en el ámbito doméstico. Si bien ha habido un aumento de mujeres en el mercado laboral, estas siguen teniendo presentes las desigualdades, ya que la discriminación laboral, la brecha salarial y la dificultad para poder conciliar la vida familiar con el trabajo siguen presentes (García, 2024).

Si a esta circunstancia también añadimos que, tradicionalmente, el papel de las mujeres se ha asociado con el rol de cuidadoras de la familia, nos encontramos con una realidad en la que viven muchas mujeres. En el estudio *Convergencia de género en el uso del tiempo en el País Vasco. Un análisis a partir de 25 años de la Encuesta de Presupuestos del Tiempo (1993-2018)*, se puede observar cómo las mujeres vascas siguen dedicando más tiempo diario al trabajo doméstico y a los cuidados frente a los hombres (García, 2024).

Otra situación habitual que sufren las mujeres es la invisibilización del cuidado que ejercen, debido a la trascendencia social y familiar de éste a lo largo de la historia (Zamarripa et al, 2017). El cuidado se suele exponer como algo que se realiza dentro de la familia, ocupándose una sola persona de ello, principalmente las mujeres, ya que desde una temprana edad se interioriza y se asigna como una tarea natural femenina (Echegoyemberry, 2016). Además, existe un sentimiento de culpabilidad por parte de las mujeres ante el incumplimiento de los cuidados, debido a que se relacionan con aspectos asociados a la responsabilidad del rol de las mujeres, considerando a éstas las únicas capaces de dar un trato personal y de afecto en el cuidado de sus familiares (Moreno et al, 2016). El hecho de que las mujeres siguen asumiendo mayoritariamente los cuidados, a pesar del impacto negativo que supone para ellas, representa una sociedad que aún no ha derribado las desigualdades de género.

Asimismo, entre los 55 y 64 años un 23,21% de mujeres cuida de personas mayores o con dolencias crónicas frente al 15,7% de hombres. De estas mujeres, el 46,08% dedica al cuidado 20 o más horas a la semana (INE, 2017). Estas mujeres, las cuidadoras informales, son las encargadas de prestar los cuidados principalmente a un miembro enfermo de su familia, (predominantemente a sus padres y/o esposos), sin recibir compensación económica por ello (Ángel et al, 2020). Además, cuando las mujeres de la familia no pueden proporcionar los cuidados, son mujeres inmigrantes las que se encargan de ocupar estas

necesidades que se quedan descubiertas, asumiendo así el rol de cuidadoras (Galiana, 2010; Moreno et al, 2016).

En la encuesta *Percepciones sobre la igualdad entre hombres y mujeres y estereotipos de género*, realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas en 2023, se encuentran diferentes perspectivas en el cuidado (CIS, 2024): Con respecto al cuidado de menores (hijos e hijas) un 91,4% de los entrevistados y entrevistadas afirmaron estar de acuerdo en que los hombres pudieran disfrutar del permiso de paternidad para realizar esta labor. Sin embargo, cuando se pregunta sobre la persona cuidadora de alguien dependiente (no se especifica si adulto o menor), un 48,1% de la población elegiría antes a una mujer que a un hombre. Asimismo, cuando se pregunta sobre tareas cotidianas en referencia al cuidado, un mayor número de encuestados y encuestadas refiere que las mujeres son las que deben responsabilizarse de estas tareas frente a los hombres (un 11,6% de las personas entrevistadas refieren que las mujeres son las responsables de cuidar a los/las familiares que sufren una enfermedad).

Entre los diferentes problemas que sufren las mujeres que cuidan de familiares enfermos/as, podemos destacar el síndrome de sobrecarga del cuidador/a. Este se define como el *“grado en el cual los cuidadores y las cuidadoras perciben que el cuidado que han realizado ha tenido un efecto adverso en su funcionamiento emocional, social, financiero, físico y espiritual”* (Zarit et al., 1986). Este conjunto de patologías incluye desde problemas cardiovasculares, trastornos inmunológicos o limitación de la capacidad funcional, hasta un aumento del riesgo de morbilidad de las cuidadoras. Por otro lado, una de las principales manifestaciones de este síndrome es la elevada incidencia de síntomas de ansiedad y depresión. El estrés crónico derivado de las necesidades del cuidado aumenta la vulnerabilidad de las cuidadoras, produciendo sentimientos de impotencia, soledad y aumento de la ansiedad (Alonso et al., 2004; Araujo, 2019; Caballero, 2021; Etxeberria et al., 2011). De esta manera disminuye, por consiguiente, su calidad de vida y su satisfacción asociada (Ferrer et al., 2006). La satisfacción con la vida se puede definir como *“la percepción personal de bienestar o felicidad; en otras palabras, es la valoración de la vida propia, en relación con los propios objetivos, expectativas o intereses mediados directamente por el contexto cultural en el que se habite”* (Diener et al., 1995).

Con respecto a los problemas sociales derivados del cuidado, las cuidadoras invierten una cantidad elevada de tiempo y atención, por lo que se ve limitado su tiempo de recreación y ocio, aumentando las probabilidades de encontrarse en situación de aislamiento social y de baja percepción de apoyo social (Velázquez y Espín, 2014). Se define un adecuado apoyo

social al “grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación” (Thoits, 1982). Muchas de las cuidadoras sienten una falta de apoyo percibida tanto en el ámbito familiar y social como en la atención sanitaria, produciendo un aumento del estrés y de la sobrecarga de los cuidados, afectando negativamente en su calidad de vida (Kuo et al, 2024). Igualmente, este desgaste puede comprometer la calidad de los cuidados que brindan a los familiares que sufren una enfermedad (Araujo, 2019).

El cuidado que estas cuidadoras proporcionan suele prolongarse durante muchos años, por lo que es común una reducción de la jornada laboral o el abandono del trabajo para dedicarse a tiempo completo al cuidado del familiar con enfermedad, generando por tanto un descenso de sus ingresos económicos (Galiana, 2010; Velázquez y Espín, 2014). Por otro lado, en función del nivel de ingresos de la cuidadora, el cuidado se distribuye de diferentes maneras, siendo las mujeres de clases más bajas las que se encargan de la gestión y la realización de los cuidados, mientras que en clases altas las cuidadoras realizan un papel de gestoras, delegando el resto del cuidado a otras personas (Moreno et al, 2016).

Por todo lo expuesto, es necesario abordar este problema, tomando conciencia de ello las instituciones, empresas y sociedad en general (Consejo Económico y Social, 2022); e implementando programas de intervención dirigidos a esta población para reducir las desigualdades y problemas existentes, y mejorar consecuentemente la calidad de vida de estas mujeres y de sus familiares dependientes.

2. JUSTIFICACIÓN

La necesidad de desarrollar un programa de intervención para mujeres cuidadoras se justifica teniendo en cuenta los principales problemas ocasionados por el cuidado comentados anteriormente, además de varios aspectos a valorar entre los que se destacan:

En el ámbito legislativo, en España, la Ley 39/2006 del 14 de diciembre, de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* (Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, 2006), establece un reconocimiento jurídico para la figura del cuidador/a informal, nombrando como cuidador/a no profesional o cuidador/a familiar. La normativa regula el cuidado familiar, que generalmente recae en miembros de la familia, aunque también incluye a personas cercanas (vecinos/as o amigos/as). Además, la ley prevé ayudas económicas y otros beneficios para quienes asuman este rol de cuidados (Ayala, 2020).

Asimismo, la *Estrategia Estatal de Cuidados (2024-2030)*, reconoce la invisibilización y precariedad del trabajo del cuidado, principalmente realizado por las mujeres, y las debilidades estructurales del sistema. Uno de los objetivos de esta estrategia es la redistribución equitativa de los cuidados, donde se impulse la economía de los mismos y se aproxime la brecha de desigualdad de género (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2024).

Por otro lado, las intervenciones psicoeducativas grupales han demostrado su eficacia en el abordaje de esta problemática. Este tipo de intervención proporciona información relevante, desarrolla estrategias de afrontamiento, fomentando el apoyo entre las personas participantes, disminuyendo el sentimiento de soledad (Caballero, 2021; Medina y Martín, 2018; Torres et al., 2008). Específicamente, se ha observado que estas intervenciones contribuyen a la mejora del bienestar emocional y de los pensamientos relacionados con el cuidado (Etxeberria et al, 2011). Además, el formato grupal de la intervención ofrece otros beneficios como proporcionar un espacio seguro para compartir experiencias en común, aprender sobre la temática a tratar, y generar un sentimiento de pertenencia con otras cuidadoras (Agulló et al., 2018; Medina y Martín, 2018).

Existen diferentes programas de intervención dirigidos a cuidadoras informales de familiares enfermos. En la Tabla 1 se presentan esquemáticamente las principales características de 5 programas analizados, y en el anexo 1, se recogen más detalladamente las principales características y resultados de estos programas.

Tabla 1

Principales características de cinco programas de intervención analizados

Patología	Intervención	Sesiones	Profesionales	Resultados
Demencia	Manejo enfermedad HH cuidado del familiar Sentimientos por el cuidado Estrategias afrontamiento	S = 12 F= Semanal D = 1'5h	Médico/a Psicóloga/o Enfermera/o Trabajadora social Fisioterapeuta	+ conocimiento + habilidades manejo - trastornos conductuales + calidad de cuidado - percepción de sobrecarga - depresión - consumo fármacos Satisfacción con programa
Crónica y discapacidad	HH bienestar integral cuidadora HH cuidado del familiar	S = 18 F= Semanal D = 1'5h	Enfermero/a Médico/a Psicólogo/a Trabajador/a social	+ percepción apoyo social + aprendizaje + reconocimiento necesidades
Demencia	Evaluación de situaciones estresantes Estrategias de afrontamiento Manejo enfermedad HH comunicación	S = 15 F= Semanal D = 2h	Enfermero/a Psicólogo/a Psicoterapeuta	- percepción de sobrecarga + autoeficacia + estrategias afrontamiento - percepción de aislamiento + habilidades manejo enfermedad + habilidades comunicación

Patología	Intervención	Sesiones	Profesionales	Resultados
Demencia	Manejo enfermedad HH comunicación Recursos y servicios Sentimientos por el cuidado Cuidado personal	S = 5 F= Semanal D = 1'5h	Médico/a Geriatra Neurólogo/a Gestor/a de pacientes Enfermera/o Trabajador/a social	+ bienestar emocional + habilidades manejo - percepción de sobrecarga - depresión Satisfacción con programa
Alzheimer	HH cuidado familiar Salud de la cuidadora Sentimientos por el cuidado HH comunicación	S = 8 F= Semanal D = 4h	Psicólogo/a Fisioterapeuta Auxiliar de enfermería.	- percepción de sobrecarga + percepción apoyo social

S=sesiones; F=frecuencia; D=duración de la sesión, +=aumento, -=disminución.

La patología principal que sufren los familiares está relacionada con la demencia, excepto en un programa (Herrera et al, 2014) donde los familiares sufrían enfermedades crónicas o discapacidad. Estas intervenciones están enfocadas a la mejora del bienestar de las personas cuidadoras, ya sea de forma directa (reduciendo el malestar y la sobrecarga) o indirectamente (mediante el fortalecimiento de habilidades y aumento del apoyo social). Para ello, llevan a cabo estrategias psicoeducativas y componentes psicosociales donde se proporciona información y se desarrollan habilidades y estrategias sobre temas relacionados con los cuidados necesarios a realizar en la persona familiar y la afectación de estos en los cuidadores informales.

Cada programa incluye componentes en común de otros programas, como pueden ser los relacionados con el conocimiento y el manejo de la enfermedad del familiar (Espín, 2011; Frías et al, 2020 ; Pihet y Kipfer, 2018), las habilidades para el cuidado del enfermo (Cerquera et al, 2021; Espín, 2011; Herrera et al, 2014), la importancia del apoyo social (Cerquera et al, 2021; Frías et al, 2020; Herrera et al, 2014; Pihet y Kipfer, 2018), la identificación de recursos disponibles y servicios comunitarios (Frías et al, 2020; Herrera et al, 2014), el desarrollo de habilidades de comunicación (Cerquera et al, 2021; Frías et al, 2020; Herrera et al, 2014; Pihet y Kipfer, 2018) o el desarrollo de competencias relacionadas con la salud física y mental de las cuidadoras (Cerquera et al, 2021; Espín, 2011; Frías et al, 2020; Herrera et al, 2014; Pihet y Kipfer, 2018).

Por otro lado, sólo un programa ha realizado un “relevo respiro” o “alivio del cuidado” para que auxiliares de enfermería estuvieran cuidando a los familiares enfermos mientras que las cuidadoras acudían a las sesiones, permitiendo una mejor accesibilidad al programa (Cerquera et al, 2021).

Con respecto al número de sesiones, este difiere siendo un mínimo de 5 sesiones y un máximo de 18, todas con una frecuencia semanal y una duración media entre 90-120 minutos (Espín, 2011; Frías et al, 2020; Herrera et al, 2014; Pihet y Kipfer, 2018). Los

profesionales implicados en los programas forman parte de equipos multidisciplinares, donde las disciplinas más citadas son medicina, enfermería, psicología y trabajo social.

En relación a los resultados obtenidos en los programas, se produjo una reducción de la sobrecarga de las cuidadoras participantes (Cerquera et al, 2021; Espín, 2011; Frías et al, 2020; Pihet y Kipfer, 2018) y de los niveles de estrés, ansiedad y depresión (Espín, 2011; Frías et al, 2020; Pihet y Kipfer, 2018). Además de un aumento de la percepción de apoyo social relacionado con la disminución de sentimientos de aislamiento social (Cerquera et al, 2021; Herrera et al, 2014; Pihet y Kipfer, 2018). Igualmente, en dos programas los participantes valoraron positivamente las intervenciones en relación a la formación y duración (Espín, 2011; Frías et al, 2020).

En resumen, los programas analizados demuestran la importancia de las intervenciones grupales para mejorar el bienestar de las cuidadoras informales de familiares enfermos/as. Se constata que la actuación en materias relacionadas tanto con el cuidado de el/la familiar enfermo/a como de la persona cuidadora, las estrategias de comunicación en el cuidado y la indicación de los recursos de la comunidad son claves para reducir la percepción de sobrecarga de las cuidadoras, mejorar el estado emocional en términos de ansiedad y depresión, mejorar la percepción de apoyo social y aumentar la satisfacción con la vida de las cuidadoras, entre otros aspectos.

En la Región de Murcia, la población presenta un índice de dependencia anciana del 27,1% (Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia, 2025). Aunque no se especifica la cantidad de mujeres que cuidan de familiares enfermos/as, podemos afirmar que hay 104.615 mujeres de entre 55 y 64 años, siendo 33.131 el número de mujeres de entre 55 y 64 años que reside en la ciudad de Murcia (Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia, 2025). En el 2023, en la Región de Murcia, de 40.484 personas beneficiarias de prestación, 24.175 solicitudes fueron para prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar. Con respecto a la ciudad de Murcia, de 11.305 personas beneficiarias de prestación, se realizaron 6.572 prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar (Instituto Murciano de Acción Social, 2024). En concreto, el barrio de Espinardo (situado al norte de la ciudad de Murcia) cuenta con 12585 habitantes, de los cuales 630 son mujeres entre los 55 y los 64 años (Centro Regional de Estadística de Murcia, 2022). Dentro del barrio, se encuentra la barriada del Espíritu Santo, catalogada como zona socialmente vulnerable, sufriendo tanto exclusión social como segregación socioespacial. Según la clasificación del Ministerio de Fomento (Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana, s.f), la barriada tenía un nivel intermedio (nivel 2) de vulnerabilidad territorial, aunque en otras investigaciones han catalogado el barrio con nivel alto (nivel 3) de vulnerabilidad territorial (Sánchez-Martí, 2024).

En relación a los programas que se desarrollan en Murcia dirigidos a cuidadoras, el *Programa de Teleasistencia* ofrece un apoyo telefónico con el objetivo de reducir la sobrecarga de las cuidadoras (Consejería de Política Social, Familias e Igualdad, s. f.). Otro programa telefónico existente es el programa *Cuidar al cuidador*, donde la Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza realiza un acompañamiento a las cuidadoras. Este programa está financiado por el Plan de Acción de Salud Mental (Consejería de Política Social, Familias e Igualdad, 2024). Por otro lado, dentro del tercer sector, la fundación FADE desarrolla el curso de formación *Familia Cuidando*, donde se imparten sesiones a cargo del equipo de enfermería, fisioterapia y trabajo social para formar a las cuidadoras en los correctos cuidados a realizar a su familiar (Fundación FADE, s.f.). Además, diversas entidades como La Asociación de Parálisis Cerebral (ASPACE) o la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias (CEAFA) ofrecen servicios de respiro familiar distribuidos por toda la Región de Murcia (Cuidopía, 2022). En concreto, en relación al barrio de Espinardo, en 2023 se realizó el cortometraje sobre personas cuidadoras *Héroes invisibles*, dentro del proyecto financiado por la Unión Europea Next Generation EU (Ayuntamiento de Murcia, 2024). Con respecto a la atención recibida desde el Centro de Salud de Espinardo, el Real Decreto 1030/2006, *por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), menciona en los siguientes apartados sus servicios a las cuidadoras:

- Apartado 6.4, de Atención al adulto, grupos de riesgo y enfermos crónicos, se indica la provisión de *“información y consejo sanitario sobre su enfermedad y los cuidados precisos al paciente y cuidador/a, en su caso”*.
- Apartado 6.4.3, de Atención domiciliar a pacientes inmovilizados, se especifica *“Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal”*.

Sin embargo, no hay información sobre actuaciones o programas llevados a cabo por personal del Centro de Salud, lo que fundamenta la necesidad de desarrollar programas de intervención que garanticen el bienestar tanto de las cuidadoras como de los/as familiares enfermos/as.

Con esta visión de la importancia de apoyar a las personas cuidadoras y a sus familias, y conociendo la existencia de algunas iniciativas de intervención mencionadas anteriormente, se plantea el diseño de un programa de intervención psicosocial grupal para las mujeres cuidadoras de familiares enfermos/as inmovilizados/as del barrio de Espinardo.

3. DISEÑO DEL PROGRAMA

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo general

Promover el autocuidado y el cuidado saludable en mujeres cuidadoras de familiares enfermos/as inmovilizados/as del barrio de Espinardo (Murcia) a través de la implementación de un programa de intervención grupal psicoeducativo.

3.1.2 Objetivos específicos

- Reducir el nivel de sobrecarga que experimentan las mujeres cuidadoras de familiares enfermos/as inmovilizados/as del barrio de Espinardo.
- Disminuir los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres cuidadoras de familiares enfermos/as inmovilizados/as del barrio de Espinardo.
- Mejorar el apoyo social percibido por las mujeres cuidadoras de familiares enfermos/as inmovilizados/as del barrio de Espinardo.
- Mejorar la satisfacción con la vida de las mujeres cuidadoras de familiares enfermos/as inmovilizados/as del barrio de Espinardo.

3.2 Localización territorial

La intervención se va a realizar en el barrio de Espinardo, situado al norte de la ciudad de Murcia. Espinardo se encuentra dentro de la Zona Básica de Salud de Espinardo (zona 8), que incluye el Centro de Salud de Espinardo, el Consultorio del Puntal y el Consultorio de Guadalupe. Esta zona de salud pertenece al área de salud 1 Murcia Oeste, contando con el Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca como hospital de referencia.

El Centro de salud está formado por 10 enfermeras/os, 1 enfermero escolar, 1 matrona, 2 auxiliares de enfermería, 3 auxiliares administrativas, 1 trabajadora social, 11 médico/as y 5 pediatras (Servicio Murciano de Salud, s.f.).

Además, el barrio cuenta con una serie de recursos (anexo 2) entre los que podemos destacar los destinados a realizar actividades recreativas al aire libre, como por ejemplo el parque infantil Joven Futura, el jardín de Tirocosa o el campus de Espinardo de la Universidad de Murcia; y los relacionados con organizaciones, como el Centro Social de Mayores o el Centro de la Mujer (Ministerio de Sanidad, s.f.; Murcia.com, 2021).

3.3 Participantes

La población a la que va a ir dirigido este programa son las mujeres que cuidan de familiares enfermos/as inmovilizados/as, que residen en la zona básica de salud de Espinardo, pertenecientes al área de salud I- Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia. Para ello, desde el Centro de Salud de Espinardo se facilitarán los datos de los registros de pacientes

inmovilizados asignados al centro. Cada paciente, registrado con el episodio CIAP A28 inmovilizado tiene asignado/a un/a cuidador/a principal en el programa.

Estos listados se pueden adquirir a través del programa informático OMI, utilizado en los centros sanitarios de la Región de Murcia.

Para el estudio piloto se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, para seleccionar entre 12 y 16 participantes que cumplan los criterios de inclusión. De esta manera, se podrá evaluar la viabilidad del diseño y de los instrumentos de evaluación seleccionados. En concreto se aplicarán los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión

- Cuidadoras principales de pacientes inmovilizados/as que tienen abierto en el programa OMI un episodio de “inmovilizado/a” en su historial clínico de Atención Primaria
- Cuidadoras mujeres
- Mayores de edad
- Disponibilidad y compromiso de participación en las sesiones

Criterios de exclusión

- Cuidadoras que no son familiares del enfermo/a.
- Cuidadoras de familiares enfermos/as que no residen en el barrio de Espinardo
- Falta de disponibilidad para asistir regularmente a las sesiones
- Imposibilidad de contacto con la cuidadora principal.
- Barrera idiomática de la cuidadora principal.

3.4 Descripción del programa

“Cuidar sin descuidarse” es un programa de intervención grupal. Cada grupo estará formado entre 12-16 participantes. El programa está estructurado en 6 módulos didácticos y participativos. El número total de sesiones es de 13, de una duración de 90 minutos y periodicidad semanal, realizándose en horario de mañana. Las sesiones se llevarán a cabo principalmente en una sala del Centro de la Mujer de Espinardo, salvo las sesiones de actividad física que se realizarán en el Jardín de Tirocosa. El programa será llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, coordinado por una enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria.

En la Tabla 2 se muestran las sesiones de los módulos, así como los profesionales participantes.

Tabla 2.

Módulos y sesiones del programa.

Módulos	Sesiones	Personal implicado
I. Bienvenida	Bienvenida al programa	Coordinadora del programa
II. Conceptos básicos sobre el cuidado del familiar	Alimentación (I)	Especialistas en enfermería familiar y comunitaria
	Higiene de la piel y movilizaciones	Especialistas en enfermería familiar y comunitaria y auxiliares de enfermería
	Manejo de la medicación	Especialista en medicina familiar y comunitaria
III. Estrategias de comunicación verbal y no verbal	La comunicación de las cuidadoras	Psicóloga/o
IV. Bienestar integral de la cuidadora principal	Alimentación (II)	Especialistas en enfermería familiar y comunitaria
	Actividad física (I)	Fisioterapeuta
	Higiene del sueño	Especialistas en medicina y enfermería familiar y comunitaria
	Actividad física (II)	Fisioterapeuta
	Sobrecarga de la cuidadora	Psicólogo/a
	Detección y manejo del estrés y la ansiedad	Psicólogo/a
V. Recursos disponibles y servicios comunitarios	Recursos y servicios comunitarios dedicados al cuidado y la cuidadora	Trabajador/a social
VI. Cuidar en red	Entre cuidados y compañeras	Coordinadora del programa

3.4.1 Contenidos de la intervención

El programa está estructurado tal y como se ha indicado en 6 módulos, con las siguientes particularidades o características:

- **Módulo 1: Bienvenida**

El primer módulo consta de una única sesión en la que se busca generar el primer acercamiento con las participantes para promover un clima de confianza y generar cohesión grupal. Estos aspectos son fundamentales ya que facilitan la expresión emocional, favorecen la participación activa, promueven el apoyo mutuo, reducen las resistencias iniciales y aumentan la motivación para continuar en el programa. Todo ello incidirá en los resultados del programa al potenciar el compromiso, la apertura al aprendizaje y al cambio conductual.

- **Módulo 2: Conceptos básicos sobre el cuidado familiar.**

Este módulo está enfocado en la atención directa que se realiza al familiar inmovilizado, comprendida en 3 sesiones. Esta cuestión es fundamental porque los cuidados básicos forman parte del día a día de las cuidadoras, teniendo un impacto directo en su carga física

y mental. Ofrecer formación específica y estrategias para realizar las actividades de forma más segura, eficiente y ergonómica puede reducir el esfuerzo físico del cuidado, previniendo lesiones y disminuyendo la sensación de fatiga. Además de evitar posibles problemas en la cuidadora, si se realiza un adecuado manejo de estas actividades se contribuye a prevenir problemas en la persona enferma (como pueden ser la desnutrición, lesiones relacionadas con la dependencia, errores en la toma de medicación, etc.), evitando la necesidad de imprevistos en la atención o situaciones de urgencia que producirían un aumento de la presión en las cuidadoras.

Asimismo, con la formación en estos aspectos las cuidadoras podrán adquirir herramientas concretas y resolver dudas frecuentes para mejorar su competencia en cuidados, aumentando su sensación de control y eficacia personal, repercutiendo positivamente en su autoestima y bienestar general. La inseguridad, el miedo a cometer errores o el agotamiento del trabajo por la realización de tareas exigentes y sin una formación específica son una fuente de estrés. Con este módulo se pueden reducir estos factores estresantes, disminuyendo los síntomas de ansiedad y depresión y mejorando el estado emocional de las cuidadoras.

- Módulo 3: Estrategias de comunicación verbal y no verbal.

Este módulo aborda en una única sesión un aspecto clave y transversal en el cuidado: la comunicación, centrándose en la importancia de los contenidos de la misma. Esto facilita relaciones más sanas y eficaces, ya que previene malentendidos, tensiones y conflictos tanto con la persona cuidada como con otras personas implicadas en el cuidado; favoreciendo el autocuidado emocional.

En muchas ocasiones, los estilos de comunicación pasivos o agresivos pueden llevar a la frustración y el desgaste. Sin embargo, utilizar un estilo asertivo ayuda a expresar necesidades, a poner límites, a pedir ayuda sin sentimientos de culpabilidad o a negociar responsabilidades. Esto hace que las personas aumenten su bienestar emocional, ya que se disminuye la carga percibida, se mejoran las relaciones sociales y el apoyo emocional.

Si las cuidadoras pueden verbalizar cómo se sienten y lo que necesitan, realizando una comunicación más clara con su entorno, podrían reducir su sentimiento de aislamiento, de ansiedad y de depresión porque están aumentando su capacidad de gestión emocional.

- Módulo 4: Bienestar integral de la cuidadora principal.

Este módulo es un pilar esencial del programa ya que pone el foco en la salud y el bienestar de las cuidadoras. Abordar de forma estructurada aspectos como la alimentación, el ejercicio, el sueño, la gestión del estrés y la prevención de la sobrecarga es clave para mantener los cuidados sin deteriorar la calidad de vida de quien cuida.

En concreto, la importancia de este módulo se establece en que destaca el autocuidado como condición necesaria para cuidar bien y a largo plazo. Ofrece hábitos saludables que

reducen la ansiedad, la depresión, la soledad etc., y estrategias de gestión del estrés que ayudan a prevenir enfermedades, fatiga, alteraciones del estado de ánimo y sobrecarga de la cuidadora. Mediante las 6 sesiones que alberga el módulo, se ofrecerán también indicaciones para identificar las señales de sobrecarga y permitir así intervenir antes de que se cronifique.

Sentirse bien física y emocionalmente permite poner el rol de los cuidados en un lugar más saludable y sostenible. Equilibrar los cuidados que se prestan con el autocuidado permite recuperar y mantener aspectos importantes de la vida personal (relaciones, tiempo libre, proyectos, etc.), lo que se traduce en una mayor satisfacción vital de las personas que cuidan.

- Módulo 5: Recursos disponibles y servicios comunitarios.

Este módulo tiene una función estratégica para dotar a las cuidadoras de una red de apoyo real en su entorno residencial. En ocasiones ni las cuidadoras ni los/las familiares son conocedores de los recursos existentes en la comunidad que pueden emplear a la hora del cuidado de su familiar o como autocuidado.

Conocer los recursos con los que cuenta el barrio (asociaciones, grupos, espacios comunitarios) puede mejorar el sentimiento de soledad que experimentan, aumentando la sensación de apoyo y sintiéndose más respaldadas. También, tener una información clara y contextualizada puede favorecer el acceso y el uso efectivo de los recursos.

Cuando se trabaja y reflexiona sobre los activos del barrio se pueden llegar a descubrir nuevos espacios que pueden mejorar el bienestar de las personas. Esto permite que la comunidad se revalorice, fortaleciendo el tejido social y movilizándolo a la población mediante una participación activa para promover y defender sus intereses comunes. Todo ello incidirá en el apoyo social, en la mejora del estado emocional, y en la satisfacción con la vida al abrirse a nuevas posibilidades de participación y conexión con las demás y con la comunidad, pasando de una postura de “soportar a solas la carga” a “cuidar en red”.

- Módulo 6: Cuidar en red.

Este último módulo se presenta como un espacio en el que las cuidadoras pueden revisar, integrar y poner en valor los conocimientos, habilidades y vivencias compartidas en el programa, con el objetivo de poder proyectar posibles líneas de continuidad en forma de redes de apoyo mutuo o de nuevas iniciativas comunitarias.

En la última sesión se reconocerá al grupo como una red de apoyo informal y se promoverá la creación o articulación de espacios de ayuda y colaboración, mejorando por tanto el apoyo social percibido. Además se facilitará la validación emocional de las cuidadoras al compartir los logros y desafíos en un clima de confianza, reduciendo los sentimientos de ansiedad y depresión, mejorando de esta manera el estado emocional de las cuidadoras.

Por otro lado, la sesión va a permitir a las participantes reconocer sus conocimientos en la gestión del cuidado al reflexionar sobre los recursos y estrategias adquiridas, sintiéndose más capacitadas y respaldadas, reduciendo así su percepción de sobrecarga. Con todo esto, se contribuye a que las cuidadoras puedan transformar su percepción de carga en una sensación de cuidadora no descuidada, lo cual incidirá favorablemente en su satisfacción vital.

Este módulo no sólo refuerza lo aprendido, sino que pretende multiplicar su alcance y sostenibilidad, y el cierre debe convertirse en un inicio de nuevas formas de autocuidado sostenido, además de cuidado compartido y responsable.

3.4.2 Descripción de las sesiones

En este apartado se describen someramente las principales características de cada una de las trece sesiones del programa, y en el anexo 3 se recogen más detalladamente los contenidos de las diferentes sesiones del programa.

- Sesión 1. Bienvenida al programa.

En esta sesión se pretende generar cohesión grupal y promover la confianza en el grupo. Para ello se explicarán las normas del grupo, y los objetivos del programa, y pasarán a realizar diferentes dinámicas que favorezcan el objetivo de la sesión. Al final de la sesión se ofrecerá un almuerzo para seguir hablando en un ambiente más distendido.

- Sesión 2. Alimentación (I).

En esta sesión se exponen los diferentes grupos de alimentos, se explica el significado de alimentación saludable y las recomendaciones generales, se indican los principales signos de alerta ante problemas relacionados con la ingesta y se muestran las principales pautas para garantizar un correcto manejo de la nutrición enteral por parte de las participantes. Todo ello se realizará combinando la teoría y la práctica mediante diferentes dinámicas que promuevan la consecución de los objetivos planteados.

- Sesión 3. Higiene de la piel y movilizaciones.

En esta sesión se explica la piel como órgano importante de nuestro cuerpo, incidiendo en sus características y funciones, se insiste en las actividades realizadas para la prevención de lesiones relacionadas con la dependencia y en el manejo de las mismas en los casos en que ya estén desarrolladas, así como en las claves para realizar una correcta movilización de personas inmovilizadas. Para finalizar, se realizarán una serie de dinámicas de desarrollo de habilidades para consolidar los conceptos explicados en el aula.

- Sesión 4. Medicación.

En esta sesión se expondrán los medicamentos más comunes utilizados en personas inmovilizadas, explicando su indicación, manejo en su uso diario y vías de administración. También se reflexionará sobre los principales problemas o errores que pueden suceder en el

cuidado y se proporcionarán herramientas para evitarlos y saber cómo actuar en el caso de que sucedan mediante técnicas educativas expositivas y de análisis.

- Sesión 5. La comunicación de las cuidadoras.

En esta sesión se reflexionará sobre el papel que tiene la comunicación tanto en el cuidado de personas enfermas como en entornos cotidianos. Mediante diversas dinámicas de investigación en el aula y de desarrollo de habilidades se explicarán a las cuidadoras aspectos relacionados con la comunicación verbal y no verbal, la importancia de lo que transmitimos con nuestro cuerpo, los diferentes estilos de comunicación y la importancia de utilizar un estilo asertivo para poner límites y negociar responsabilidades.

- Sesión 6. Alimentación (II).

Si bien en la sesión 2 de alimentación se van a explicar aspectos relacionados con la alimentación saludable en la persona enferma, en esta sesión se van a desarrollar aspectos clave para una alimentación que promueva la salud y el bienestar de las cuidadoras. Se revisarán aspectos relacionados con la alimentación saludable y las recomendaciones generales, se reflexionará sobre hábitos saludables relacionados con la alimentación y la identificación de información relevante de los alimentos procesados de consumo habitual. Todo ello se realizará combinando la teoría y la práctica mediante diferentes dinámicas que promuevan la consecución de los objetivos planteados.

- Sesión 7. Actividad física (I).

En esta sesión se pretende promover el bienestar y apoyar el vínculo y la cohesión entre las participantes, en un contexto diferente al habitual del programa, mediante la práctica de actividad física en el jardín de Tirocosa. Se realizará una primera ronda calentamiento con movimientos sencillos, para seguidamente realizar una caminata y terminar con estiramientos musculares y respiración consciente. Tras esto se realizarán diferentes dinámicas que favorezcan la cohesión grupal.

- Sesión 8. Higiene del sueño.

En esta sesión se explicará la importancia del sueño reconfortante como una herramienta para realizar las diversas actividades del cuidado y del día a día. Se reflexionará sobre hábitos que mejoran el sueño y acciones que evitar. También se desarrollarán diferentes técnicas que se pueden implementar a la hora de dormir, para que de esta manera las cuidadoras puedan garantizar un buen descanso.

- Sesión 9. Actividad física (II).

En esta segunda sesión de actividad física se pretende seguir promoviendo el bienestar mediante la práctica de actividad física y el mantenimiento de una buena higiene postural. Será una sesión similar a la anterior, se realizará una primera ronda calentamiento con movimientos sencillos, para seguidamente realizar una caminata y terminar con

estiramientos musculares y respiración consciente. Después se desarrollarán diversas actividades cotidianas y se explicará la correcta higiene postural.

- Sesión 10. Sobrecarga de la cuidadora

En este taller se va a reconocer el papel que tienen en la sociedad las cuidadoras principales, así como las emociones que pueden manifestarse a la hora del cuidado y la importancia del autocuidado para poder cuidar. Se reflexionará sobre la sobrecarga que pueden experimentar las cuidadoras y se proporcionarán herramientas para gestionar las emociones y los factores de sobrecarga.

- Sesión 11. Detección y manejo del estrés y la ansiedad.

En esta sesión se expondrán las principales características y manifestaciones del estrés y la ansiedad, y se trabajarán diferentes estrategias de afrontamiento eficaces para situaciones cotidianas de las cuidadoras. Todo ello se realizará combinando la teoría y la práctica mediante diferentes dinámicas que promuevan la consecución de los objetivos planteados.

- Sesión 12. Recursos y servicios comunitarios dedicados al cuidado y la cuidadora.

En esta sesión se presentarán los diferentes recursos y servicios públicos y de la comunidad que puedan ser de utilidad para las cuidadoras en el cuidado del/la familiar o como autocuidado. También se identificarán otros activos en el barrio que las cuidadoras contemplen como un agente transformador que mejora su salud y su bienestar.

- Sesión 13. Entre cuidados y compañeras.

En esta última sesión, mediante el empleo de diferentes dinámicas grupales se reconocerá formalmente la red de apoyo informal construida, se compartirán emociones y desafíos enfrentados, se reflexionará sobre los conocimientos y recursos adquiridos y se favorecerá un cierre positivo y participativo del programa. Al final de la sesión se ofrecerá un almuerzo para seguir hablando en un ambiente más distendido.

3.5 Diseño de la evaluación del programa

Se utilizarán tanto metodologías cuantitativas como cualitativas para la evaluación del programa. Se llevará a cabo la evaluación inicial al comenzar el programa de intervención y una posterior al finalizar todas las sesiones. También se realizará un seguimiento y evaluación posterior de los resultados a corto plazo (3er mes), medio plazo (6º mes) y largo plazo (12º mes) para analizar la sostenibilidad de los efectos de la intervención.

Se realizará un pilotaje de este estudio con la finalidad de instaurar un programa que sirva para evaluar la eficacia y relevancia de la intervención psicoeducativa, mejorando los contenidos, la metodología empleada y otras secciones antes de la implementación del programa a gran escala.

3.5.1 Variables e instrumentos

- Evaluación de proceso:
 - Número de participantes que asisten a cada sesión y número y tipo de incidencias no previstas. Se evaluará mediante el *Cuestionario de evaluación de la sesión* por el personal encargado en impartirla, un informe elaborado ad hoc compuesto por 4 ítems de diferentes alternativas de respuesta, que incluye la asistencia a la sesión y las incidencias detectadas. En el anexo 5 se encuentra el cuestionario.
 - Satisfacción de las participantes con el programa. Se evaluará mediante una entrevista semiestructurada individual donde se analizarán aspectos relacionados con las expectativas del programa, el contenido y la metodología utilizada, el impacto y sugerencias para mejorar el programa. El guión de la entrevista se encuentra en el anexo 6.

En la tabla 3 se encuentran los indicadores a evaluar, los instrumentos empleados y los momentos de evaluación.

Tabla 3

Evaluación de proceso.

Indicador	Instrumento	Intervalo de tiempo
Número de participantes que asisten a cada sesión.	Cuestionario de evaluación de la sesión.	Al final de cada sesión.
Número y tipo de incidencias no previstas.	Cuestionario de evaluación de la sesión.	Al final de cada sesión.
Grado de satisfacción de las participantes con el programa.	Entrevista semiestructurada individual.	Al finalizar todas las sesiones.

- Evaluación de resultados:
 - Sobrecarga. Se evaluará mediante la *Adaptación española de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit* (Martin et al., 1996). Se trata de un instrumento que evalúa el grado de sobrecarga subjetiva percibida por personas cuidadoras de familiares dependientes, con enfermedades crónicas, discapacidad o deterioro cognitivo. Es un cuestionario autoadministrado de 22 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1=nunca; 5=Casi Siempre), que incluye repercusiones negativas sobre la salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos, asociados a los cuidados. La escala arroja una puntuación total de 22 a 110 puntos (a mayor puntuación, mayor nivel de sobrecarga percibida). Respecto a las propiedades

psicométricas, la consistencia interna es de 0,91 y la fiabilidad test-retest de 0.96.

- Ansiedad y depresión. Se evaluará mediante la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión* (Zigmond y Snaith, 1983). Se trata de un instrumento de cribado que evalúa respuestas emocionales de ansiedad y depresión en enfermos/as físicos, mentales y en población general. Es un cuestionario autoadministrado de 14 ítems agrupados en dos subescalas con 7 ítems cada una, con una escala de respuesta tipo Likert entre 0 y 3. La escala arroja una puntuación total de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación, mayor probabilidad de ansiedad y depresión). Respecto a las propiedades psicométricas, la fiabilidad test-retest es de 0.77 para la subescala de ansiedad y de 0.74 para la de depresión; la consistencia interna medida con Alfa de Cronbach fue de 0.77 para la subescala de ansiedad y de 0.71 para la subescala de depresión; la sensibilidad y especificidad muestra índices superior al 80% (Terol et al., 2007).
- Apoyo social. Se evaluará mediante el cuestionario de *Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11* (Broadhead et al, 1988). Se trata de un instrumento que evalúa el apoyo social funcional percibido en la población general. Es un cuestionario autoadministrado de 11 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1=mucho menos de lo que deseo; 5=tanto como deseo), y dos dimensiones: apoyo confidencial y apoyo afectivo. La escala arroja una puntuación total de 11 a 55 puntos (a menor puntuación, menor apoyo). Respecto a las propiedades psicométricas, para la versión autocumplimentada, la fiabilidad test-retest fue de 0.92 y la consistencia interna alta, con un alfa de Cronbach de 0.90 (Bellón et al, 1996). Además, este cuestionario está validado para personas cuidadoras (Cuéllar y Dresch, 2012).
- Calidad de Vida. Se evaluará mediante la *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener et al., 1985). Se trata de un instrumento que evalúa la satisfacción general con la vida en población general. Es un cuestionario autoadministrado de 5 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1= totalmente en desacuerdo a 5= totalmente de acuerdo). La escala arroja una puntuación total de 5 a 25 puntos (a mayor puntuación, mayor grado de satisfacción con la vida). Con respecto a las propiedades psicométricas, la escala tiene una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.75 (Requena et al., 2009).

- Variables sociodemográficas. Se evaluarán mediante el *Cuestionario de participación*, un autoinforme elaborado ad hoc, compuesto por 13 ítems de diferentes alternativas de respuesta, dirigido a recabar la información sociodemográfica (edad, nacionalidad, situación laboral, nivel de estudios, estado civil, número de hijos/as, parentesco con el familiar enfermo/a, edad de la persona cuidada, tiempo cuidando al familiar, horas dedicadas al cuidado, comparte domicilio con su familiar), así como la disponibilidad para participar en el programa y las expectativas del mismo. En el anexo 4 se encuentra reflejado el Cuestionario de participación.

En la tabla 4 se encuentran los objetivos específicos, las variables a evaluar, los instrumentos y los momentos de evaluación.

Tabla 4

Evaluación de resultados.

Objetivo	Instrumento	Intervalo de tiempo				
		Pre	Post	+3m	+6m	+12m
Objetivo específico 1: Reducir el nivel de sobrecarga que experimentan las mujeres cuidadoras de familiares enfermos/as inmovilizados/as del barrio de Espinardo.	Adaptación española de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Martin et al, 1996).	X	X	X	X	X
	Entrevista		X			
	Grupo focal			X	X	X
Objetivo específico 2: Disminuir los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres cuidadoras de familiares enfermos/as inmovilizados/as del barrio de Espinardo.	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaith, 1983)	X	X	X	X	X
	Entrevista		X			
	Grupo focal			X	X	X
Objetivo específico 3: Mejorar el apoyo social percibido por las mujeres cuidadoras de familiares enfermos/as inmovilizados/as del barrio de Espinardo.	Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 (Broadhead et al, 1988).	X	X	X	X	X
	Entrevista		X			
	Grupo focal			X	X	X
Objetivo específico 4: Mejorar la satisfacción con la vida de las mujeres cuidadoras de familiares enfermos/as inmovilizados/as del barrio de Espinardo.	Escala de satisfacción con la vida (Diener et al., 1985).	X	X	X	X	X
	Entrevista		X			

Objetivo	Instrumento	Intervalo de tiempo				
		Pre	Post	+3m	+6m	+12m
	Grupo focal			X	X	X
Variables sociodemográficas	Cuestionario de participación (ad hoc)	X				

3.5.2 Análisis de datos

Estudio cuantitativo: Se realizarán análisis descriptivos de las variables del estudio (media y desviación típica) en los cinco momentos de recogida de información. Se realizarán análisis de diferencias para evaluar los cambios pre y post intervención en cada una de las variables: sobrecarga, ansiedad y depresión, apoyo social percibido y satisfacción con la vida. Se utilizará el programa estadístico SPSS para realizar los análisis.

Estudio cualitativo: tras la finalización de las sesiones del programa se realizará y grabará una entrevista individual semiestructurada con cada una de las participantes del estudio. En el seguimiento a corto, medio y largo plazo se realizarán y grabarán reuniones grupales donde se obtendrán datos mediante la realización de grupos focales con las participantes del estudio. En el anexo 7 se encuentran reflejadas las preguntas a realizar en los grupos focales.

Tras esto, se realizará la transcripción de las entrevistas y grupos focales, se codificarán las respuestas y se organizará el contenido mediante el desarrollo de diferentes categorías emergentes y patrones comunes, que serán las variables a tener en cuenta por los/las investigadores/as. Se utilizará el programa estadístico MAQXDA para realizar los análisis.

Se realizará un análisis inductivo.

Se realizará una triangulación con los datos cuantitativos, mejorando así la interpretación de los resultados del análisis.

3.6 Plan de trabajo

El proyecto tendrá una duración de 22 meses. Las fases que se van a seguir son:

- Presentación del programa a entidades colaboradoras y solicitud de permisos correspondientes.

En esta fase se presentará la propuesta del programa a la dirección del Centro de Salud de Espinardo, así como al Ayuntamiento de Murcia y a los principales representantes de los activos del barrio de Espinardo, para exponer formalmente la propuesta y obtener su autorización, y concretar los recursos humanos, materiales e instalaciones para realizar el programa. Asimismo se presentará el proyecto a la Comisión Ética correspondiente para solicitar su aprobación.

- Selección de participantes y evaluación inicial

Se realizará la captación activa de las participantes a través de los datos facilitados por el Centro de Salud. Se contactará telefónicamente con cada una, se comprobará que cumplen con los requisitos de inclusión, y se le explicarán los objetivos generales del programa y la estructura y planificación de sesiones, solicitando su compromiso de participación (en el anexo 3 se encuentra el modelo de consentimiento informado). Aquellas mujeres que accedan, serán citadas a una entrevista individual para resolver dudas, ajustar expectativas y cumplimentar mediante entrevista los cuestionarios. Tras esto, se formará el grupo del estudio piloto.

- Aplicación del programa y evaluación

Se impartirán los diferentes módulos del programa, teniendo en cuenta la periodicidad semanal que se realiza entre las sesiones y la duración de las mismas. Al finalizar la última sesión del programa se citará individualmente a las participantes para el realizar el postest y las entrevistas semiestructuradas.

- Seguimiento y evaluación posterior

Se realizará un seguimiento a corto plazo (3er mes tras intervención), medio plazo (6º mes tras intervención) y largo plazo (12º mes tras intervención) para analizar la sostenibilidad de los efectos de la intervención en las variables sobrecarga, ansiedad y depresión, apoyo social percibido y calidad de vida. Para ello se citará a las participantes grupalmente para cumplimentar los cuestionarios y compartir su evolución en el tiempo transcurrido mediante la realización de grupos focales.

- Análisis de datos.

Se realizará el estudio e interpretación de los datos tras la finalización de los módulos del programa mediante los procesos expuestos en el apartado 3.5.2.

- Informe y difusión de los resultados.

Tras el análisis de datos se elaborarán los informes pertinentes y se realizará una sesión informativa con la difusión de los resultados de la investigación para las participantes del programa y colaboradores del Centro de Salud, Ayuntamiento y representantes de activos del barrio de Espinardo. Asimismo, también se presentarán los resultados en foros científicos para su difusión.

En la tabla 5 se presentan las actividades del plan de trabajo en un cronograma.

Tabla 5

Cronograma del proyecto.

Etapas	Tiempo en meses																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Presentación del programa y obtención de permisos	█																					
Selección de participantes y evaluación inicial		█	█																			
Aplicación del programa y evaluación				█	█	█	█	█														
Seguimiento y evaluación posterior										█			█							█		
Análisis de datos								█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█		
Informe y difusión de resultados										█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█

4. RESULTADOS ESPERADOS

Mediante el proyecto de intervención, se espera que las participantes del estudio piloto mejoren su capacidad de promover el autocuidado y el cuidado saludable. Asimismo, se estima que se consigan alcanzar los objetivos específicos planteados. En concreto, se espera que las participantes:

- Reduzcan el nivel de sobrecarga experimentado, reflejándose en puntuaciones significativamente diferentes y más positivas de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Martin et al., 1996),
- Disminuyan los niveles de ansiedad y depresión sentidos, mediante una menor puntuación significativa en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaith, 1983).
- Mejoren el apoyo social percibido manifestado con un aumento significativo de las puntuaciones en el cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 (Broadhead et al, 1988).
- Mejoren la satisfacción general con la vida, indicada mediante una mayor puntuación significativa en la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al, 1985).

Además, se espera recoger también las mejoras en verbalizaciones de la entrevista semiestructurada individual al finalizar el programa, y de los grupos focales que se llevarán a cabo en el seguimiento.

Asimismo, se espera en las participantes que mantengan una asistencia a las sesiones del programa del 80%, lo que manifiesta una fuerte implicación con el mismo. Se prevé que la

aplicación del programa se realice sin contratiempos, debido a la planificación detallada y a los recursos tenidos en cuenta para asegurar la correcta ejecución del mismo.

Además, se espera que las participantes estén satisfechas con el programa, que superen las expectativas que tenían, y que el contenido y la metodología utilizada sean adecuadas. También se espera que las participantes propongan sugerencias y mejoras para futuras ediciones del programa.

5. LIMITACIONES Y PLAN DE CONTINGENCIA

Esta propuesta de programa de intervención presenta diversas limitaciones que deben ser consideradas.

Las mujeres que cuidan de familiares enfermos suelen tener un tiempo limitado de disponibilidad por la cantidad de tareas diarias de cuidado y normalmente, suelen utilizar el mismo para otras necesidades. Para evitar esta limitación, se podrían organizar las sesiones del programa en horarios compatibles con el cuidado del familiar enfermo u ofrecer un servicio de cuidado temporal durante las sesiones.

Además, también puede ocurrir que se produzcan cambios en la situación familiar (hospitalización o fallecimiento del familiar, problemas de salud de la cuidadora, cambios en la dinámica del cuidado) produciendo bajas durante el programa.

Con respecto al reclutamiento de las participantes, no se han seguido procedimientos de aleatorización, con lo que los resultados deben interpretarse con cautela. El estudio piloto realizado se lleva a cabo para elaborar una primera aproximación de la eficacia y eficiencia de los contenidos seleccionados y de cómo estos afectan a las variables propuestas.

Otra limitación es que esta propuesta está diseñada para un contexto específico (el barrio de Espinardo), utilizando recursos específicos (como el Centro de Salud o el Centro de la Mujer) por lo que su aplicabilidad en otros contextos puede verse comprometida.

A pesar de todo ello, se considera que este trabajo es un primer paso y puede contribuir a la mejora del conocimiento y la implementación de futuras intervenciones más efectivas y sostenibles, enfocadas en las necesidades y los desafíos que se presenten a las cuidadoras informales.

6. BIBLIOGRAFÍA

Agulló Tomás, M.S., Zorrilla Muñoz, V. y Gómez García, M.V. (2018). Género y evaluación de programas de apoyo para cuidadoras/es de mayores. *Revista Prisma Social*, 21(2), 391-415.

- Alonso Babarro A., Garrido Barral A., Díaz Ponce A., Casquero Ruiz R., M. Riera Pastor M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*, 33(2), 61-66.
- Ángel García, J. E., León Hernández, R. C., Méndez Santos, G., Peñarrieta de Córdoba, I., y Flores Barrios, F. (2020). Relación entre sobrecarga y competencias del cuidar en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *MedUNAB*, 23(2). <https://doi.org/10.29375/01237047.3878>
- Araujo Freitas Moreira, K.L (2019). *Intervención fisioterapéutica y ergonómica a domicilio y su impacto en la calidad de vida de los pacientes con secuelas de ictus cerebral y de sus cuidadores*. [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. Digibug. <http://hdl.handle.net/10481/54876>
- Ayala Del Pino, C. (2020). La importancia del cuidado: El cuidador informal, los empleados del servicio doméstico y cuidadores domésticos internos. *Anuario Jurídico Y Económico Escorialense*, 53, 139–164.
- Ayuntamiento de Murcia. (2024). *Referente histórico de los Servicios Sociales del Ayuntamiento*. Recuperado de [\[https://serviciosociales.murcia.es/Documentacion-Publicaciones-y-Documentos-Visor/Referente-historico-de-los-Servicios-Sociales-del-Ayuntamiento-3144\]](https://serviciosociales.murcia.es/Documentacion-Publicaciones-y-Documentos-Visor/Referente-historico-de-los-Servicios-Sociales-del-Ayuntamiento-3144)
- Bellón Saameño, J.A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J.D. y Lardelli Claret, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18(4), 153-163.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709-723.
- Caballero Liñán, L. (2021). Intervenciones de conciliación para evitar la sobrecarga de la cuidadora familiar en paciente con esquizofrenia. *Index de Enfermería*, 30(1-2), 141-146. Recuperado el 27 de marzo de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100032&lng=es&tlng=es
- Cerquera Córdoba, A.M., Tiga Loza, D.C., Álvarez Anaya, W.A., Dugarte Peña, E., Jaimes Espíndola, L.R. y Plata Osmá, L.J. (2021). Ensayo controlado aleatorizado de un programa multicomponente para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Revista Cuidarte*, 12(2) <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2002>
- CIS (2024). Percepciones sobre la igualdad entre hombres y mujeres y estereotipos de género. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. <https://www.cis.es/-/avance-de-resultados-del-estudio-3428-percepciones-sobre-la-ig>

ualdad-entre-hombres-y-mujeres-y-estereotipos-de-genero?redirect=%2Fcatalogo-estudios%2Favance-resultados

Consejería de Política Social, Familias e Igualdad. (2024). *Decreto n.º 293/2024, por el que se aprueban las normas especiales reguladoras de la concesión directa de ocho subvenciones por el Servicio Murciano de Salud*. Murcia Social. Recuperado de https://muriasocial.carm.es/buscar?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=501003

Consejería de Política Social, Familias e Igualdad. (s. f.). *Apoyo a personas cuidadoras - Todas las noticias - Guest*. Recuperado de [\[https://muriasocial.carm.es/-/apoyo-a-personas-cuidadoras\]](https://muriasocial.carm.es/-/apoyo-a-personas-cuidadoras)

CREM. (2022). *Padrón municipal de habitantes*. Centro Regional de Estadística de Murcia. Recuperado de [\[https://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU_padron/p22/sec21_sec22_5.html\]](https://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU_padron/p22/sec21_sec22_5.html)

CREM.(2025). *Evolución de los indicadores de estructura demográfica. Censo Anual*. Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia Recuperado de [\[https://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU_datosBasicos/sec22.html\]](https://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU_datosBasicos/sec22.html)

CREM.(2025). *Población según edad y sexo, por municipios. 2024 - Murcia*. Portal Estadístico de la Región de Murcia. Recuperado de [\[https://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU_censo/c24/sec2_sec2_32.html\]](https://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU_censo/c24/sec2_sec2_32.html)

Cuéllar Flores, I. y Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(34), 89-101.

Cuidopía. (2022). *Guía de programas de respiro familiar. Región de Murcia (2ª ed.)*. Recuperado de <https://www.cuidopia.es/sites/default/files/guides/Gu%C3%ADa-respiro-Murcia-2-edicion.pdf>

Dichter, M.N., Albers, B., Trutschel, D., Ströbel, A.M., Seismann-Petersen, S., Wermke, K., Halek, M. y Berwig, M. (2020). Talking time: A pilot randomized controlled trial investigating social support for informal caregivers via the telephone. *BMC Health Services Research*, 20(1):788. doi: 10.1186/s12913-020-05523-9.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1),71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13.

Diener, E., Wolsic, B. y Fujita, F. (1995). Physical attractiveness and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 120-129. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.69.1.120>

- Echegoyemberry, M. N. (2016). Economía del cuidado: (In)visibilización del trabajo de las mujeres en el cuidado de personas con discapacidad. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 6(11), 13. <https://doi.org/10.62174/DPdp.8603>
- Espín Andrade, A. (2011). *Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Ciudad de la Habana, 2003-2009*. [Tesis doctoral, Escuela Nacional de Salud Pública]. Sld.cu. <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=374>
- Etxeberria Arritxabal I., Álvaro García Soler A., Iglesias Da Silva A., Urdaneta Artola E., Lorea González I., Díaz Veiga P. y Yanguas Lezaun J.J. (2011). Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 46(4), 206-212. DOI: 10.1016/j.regg.2010.12.009
- Ferrer, J. G., Gómez, S. C., Rigla, F. R., y López, V. S. (2006). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial. *Población*, 1(557), 3–7.
- Frías Torres C.E., García Pascual M., Solbes Pina E., Jordi Ferran T., Torrero Capilla I., Risco Vilarasau E., Rodríguez Lavandeira, A.M., Calvo Fernández, E. y Zabalegui A. (2020). INFOSA-DEM. Un programa dirigido a figuras cuidadoras de personas con demencia, *Metas de Enfermería*, 23(4), 16-24.
- Fundación FADE. (s.f.). *Familia Cuidando*. Recuperado de [<https://fundacionfade.org/jornada-familia-cuidando/>]
- Galiana Gómez de Cádiz, M. J. (2010). *Estudio de teoría fundamentada sobre el alivio del peso del cuidado en cuidadoras inmigrantes de personas mayores dependientes* [Tesis doctoral, Universidad de Alicante]. Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante. <https://rua.ua.es/dspace/>
- García Román, Joan. (2024). Convergencia de género en el uso del tiempo en el País Vasco. Un análisis a partir de 25 años de la Encuesta de Presupuestos del Tiempo (1993-2018), *Revista Internacional de Sociología* 82 (2): e249. <https://doi.org/10.3989/ris.2024.82.22-086>
- Herrera-López, L.M., Alcayaga-Rojas, C., Torres-Hidalgo, M., Funk Bunttemeyer, R., Bustamante-Troncoso, C., Riquelme-Hernández, G., Campos-Romero, S., Urrutia-Bunster, M. y Lange Haensgen, I. (2014). Programa de apoyo al trabajador cuidador familiar: fenómeno social emergente. *Aquichan*, 14(3): 430-439. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.3.12
- Instituto Murciano de Acción Social. (2024). 4. SAAD. *Personas beneficiarias y prestaciones por municipios. Situación de los expedientes en vigor a 31 de diciembre. Número -*

2023. Portal Estadístico de la Región de Murcia. Recuperado de [https://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU2070//sec5_c1.html]
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Encuesta nacional de salud*. Recuperado de https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2017/p06/l0/&file=08001.px&L=0
- Kuo, W.Y., Chen, C.Y., Wang, J., Wang, C.M., Chen, M.C., Chang, T.Y. (2024). Evaluating the combination of in-person and electronic social networking services for family caregivers of stroke survivors: A quasi-experimental analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 57(2), 216-227. https://doi.org/10.1111/jnu.13022
- Ley 39/2006, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (14 de octubre de 2006). Recuperado en https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39
- Martin, M., Salvado, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico J.M., Lanz y Taussing M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*; 6, 338-46.
- Medina González, A. y Martín Pontejo, E. (2018). Efectividad de los programas psicoeducativos dirigidos a cuidadores principales de familiares con enfermedad de Alzheimer. *Gerokomos*, 29(1), 22-28. Recuperado en 21 de marzo de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100022&lng=es&tlng=es
- Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (2024). *Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad. Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030)*. https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2024/06/Estrategia-para-nuevo-modelo-cuidados-en-la-comunidad.pdf
- Ministerio de Sanidad. (s.f.). *Localiza Salud*. Recuperado el 31 de marzo de 2025, de https://localizasalud.sanidad.gob.es/maparecursos/main/
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212
- Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana. (s.f.). *Catálogo de Barrios Vulnerables 1991, 2001, 2006 y 2011 por CCAA y Ciudades Autónomas*. Recuperado el 31 de marzo de 2025, de https://www.mivau.gob.es/urbanismo-y-suelo/urbanismo/observatorio-de-la-vulnerabilidad-urbana/catalogos_bv

- Miret Garamundi, P. (2022). Convergencia de género en la participación laboral: ¿sólo para algunas? España, 1987-2021. *Sociología del Trabajo*, 101, 285-299. <https://doi.org/10.5209/stra.81225>
- Moreno-Colom, S., Cáceres, C. R., s Catalá, V. B., y Martín, T. T. (2016). Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde el discurso de las cuidadoras. *Papeles del CEIC*, 2016/1(145). <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.15195>
- Murcia.com. (2021). *El Jardín de Tirocosa, la gran zona verde de Espinardo de 25.000 m² que cuenta con la primera pista de trialbici del municipio*. Recuperado el 31 de marzo de 2025, de <https://www.murcia.com/noticias/2021/03/22-el-jardin-de-tirocosa-la-gran-zona-verde-de-espinardo-de-25000-m2-que-cuenta-con-la-primera-pista-de.asp>
- Pihet S, Kipfer S. (2018). Coping with dementia caregiving: a mixed-methods study on feasibility and benefits of a psycho-educative group program. *BMC Geriatric*, 18(209). DOI: 10.1186/s12877-018-0896-y.
- Requena, C., López, R., González, T. y Ortiz, T. (2009). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en mujeres mayores activas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(3), 146-146. DOI: 10.1016/j.regg.2009.01.002
- Sánchez-Martí, J. A. (2024). La pobreza y la desigualdad económica según la vulnerabilidad territorial. *European Public and Social Innovation Review*, 9, 01-18. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-448>
- Servicio Murciano de Salud. (s.f.). *Centro de salud de Espinardo*. Recuperado el 31 de marzo de 2025, de https://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_centro&id_centro=21&idsec=6
- Terol Cantero, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón Gelabert, M., Pastor M.A. y Reig, M.T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 163-176
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145–159. <https://doi.org/10.2307/2136511>
- Torres Egea, M.P., Ballesteros Pérez, E. y Sánchez Castillo, P.D.. (2008). Programas e intervenciones de apoyo para proveedores de cuidados informales en España. *Gerókomos* , 19 (1), 9-15. Recuperado el 27 de marzo de 2025 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000100002&lng=en&tlng=en.

- Velázquez Pérez, Y., y Espín Andrade, M. (2014). Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista Cubana De Salud Pública*, 40(1), 3–17.
- Zamarripa Esparza, E. A., Tamez Valdez, B. M., y Ribeiro Ferreira, M. (2017). Repercusiones del cuidado informal en la vida laboral y personal de las mujeres cuidadoras. *AZARBE, Revista Internacional De Trabajo Social y Bienestar*, (6), 47–56. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/273401>
- Zarit, S.H., Todd, P.A. y Zarit, J.M. (1986). Carga subjetiva de los esposos y esposas como cuidadores: un estudio longitudinal, *The Gerontologist*, 26(3), 260–266. <https://doi.org/10.1093/geront/26.3.260>
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). Escala de ansiedad y depresión hospitalaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x



7. ANEXOS

Anexo 1. Resumen de programas de intervención.

Tabla 6

Programas de intervención.

Referencia	País	Nombre del programa	Profesionales implicados	Sesiones totales, frecuencia y horas de cada sesión	Número de cuidadoras participantes y patología del familiar que cuidan	Aspectos abordados en el programa	Principales resultados
Espín, 2011	Cuba	Programa psicoeducativo	Médico/a, psicólogo/a, enfermero/a, trabajador/a social, defectólogo/a y fisioterapeuta.	12 sesiones semanales de 1 hora y media de duración.	96 cuidadoras informales de adultos mayores con demencia.	<p>Conocimientos y manejo de la enfermedad.</p> <p>Habilidades para el cuidado.</p> <p>Calidad del cuidado al enfermo.</p> <p>Sentimientos de sobrecarga de la cuidadora.</p> <p>Nivel de depresión del/la cuidador/a.</p> <p>Consumo de fármacos (cuidador/a).</p> <p>Percepción de trastorno de conducta del familiar.</p> <p>Grado de satisfacción con el programa.</p>	<p>Incremento de los conocimientos y habilidades para el manejo del paciente.</p> <p>Reducción de los trastornos conductuales del familiar.</p> <p>Mejora de la calidad del cuidado.</p> <p>Reducción de los sentimientos de sobrecarga del cuidador.</p> <p>Reducción de los niveles de depresión.</p> <p>Reducción del consumo de fármacos del cuidador.</p> <p>Elevado nivel de satisfacción con el programa.</p>
Herrera et al, 2014	Chile	Programa de apoyo al trabajador-cuidador familiar UC	Enfermeros/as, médicos/as, psicólogos/as y trabajadores/as sociales.	18 sesiones presenciales semanales, de 1 hora y 30 minutos de duración.	60 funcionarias que cuidan a familiares con enfermedades crónicas o discapacidad.	<p>Habilidades personales para el bienestar integral (alimentación saludable, higiene del sueño, comunicación asertiva, administración del tiempo, negociación y toma de decisiones, fortalecimiento de redes familiares y sociales, manejo de la ansiedad y estrés, recursos disponibles en salud).</p>	<p>Aumento de la percepción de apoyo social.</p> <p>Se destacó como fortalezas el apoyo institucional, el reconocimiento de la labor, el aprendizaje, el reconocimiento de las necesidades y la capacidad de pedir ayuda.</p>

Referencia	País	Nombre del programa	Profesionales implicados	Sesiones totales, frecuencia y horas de cada sesión	Número de cuidadoras participantes y patología del familiar que cuidan	Aspectos abordados en el programa	Principales resultados
						Habilidades para el cuidado del familiar.	
Pihet y Kipfer, 2018	Suiza	Aprender a sentirse mejor... y ayudar mejor	Enfermeras/os, psicólogo/a y psicoterapeuta	15 sesiones semanales de 2 horas cada una.	18 cuidadoras principales de enfermos/as con demencia	<p>Evaluación de situaciones estresantes (identificación de factores estresantes, situaciones modificables o no modificables).</p> <p>Estrategias de afrontamiento (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, búsqueda de apoyo social).</p> <p>Información sobre la demencia y su impacto en la comunicación y el comportamiento.</p> <p>Mejora de habilidades de comunicación y prevención de conflictos.</p>	<p>Reducción de la sobrecarga y estrés de las cuidadoras.</p> <p>Aumento de la autoeficacia.</p> <p>Aumento del uso de estrategias aprendidas (reestructuración cognitiva).</p> <p>Disminución de los sentimientos de soledad y aislamiento social.</p> <p>Aumento de la capacidad para manejar emociones negativas.</p> <p>Mayor comprensión de la enfermedad y síntomas, adaptación de la comunicación.</p> <p>Información útil sobre organizaciones de apoyo.</p>
Frías et al, 2020	España	INFOSA-DEM	Médico/a de familia, geriatra, neurólogo/a, gestor/a de pacientes, enfermera/o y trabajador/a social.	5 sesiones semanales de 90 minutos de duración, en horario de mañana y tarde, dependiendo de disponibilidad de las cuidadoras.	86 cuidadoras informales de familiares mayores de 65 años con diagnóstico de demencia.	<p>Conceptos básicos y específicos sobre la enfermedad (nutrición, descanso, medicación, cambios físicos y cognitivos).</p> <p>Manejo de síntomas conductuales.</p> <p>Problemas afectivos entre la persona con demencia y la cuidadora.</p> <p>Técnicas de comunicación verbal y no verbal.</p> <p>Cuidado personal y atención.</p> <p>Recursos disponibles y servicios comunitarios.</p> <p>Apoyo emocional y social. Gestión de problemas.</p> <p>Manejo del estrés, identificación y prevención de la sobrecarga.</p>	<p>Aumento del bienestar emocional.</p> <p>Mejora en el desarrollo de habilidades para el manejo emocional y conductual de la persona con demencia.</p> <p>Reducción de la sobrecarga, ansiedad y depresión de las cuidadoras.</p> <p>Buena aceptación de la formación y duración del programa.</p>

Referencia	País	Nombre del programa	Profesionales implicados	Sesiones totales, frecuencia y horas de cada sesión	Número de cuidadoras participantes y patología del familiar que cuidan	Aspectos abordados en el programa	Principales resultados
Cerquera et al, 2021	Colombia	Programa multicomponente para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer.	Psicólogos/as, fisioterapeutas, fonoaudiólogos/as y auxiliares de enfermería.	8 sesiones semanales de una duración de 4 horas.	19 cuidadoras informales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor tipo Alzheimer.	Salud mental y bienestar subjetivo. Recursos personales. Habilidades para el cuidado. Percepción de apoyo social funcional. Comunicación interpersonal. Salud física. Red de apoyo profesional.	Reducción de la sobrecarga de las cuidadoras informales. Incremento del apoyo social.



Anexo 2. Recursos del barrio de Espinardo.

Tabla 7

Activos del barrio de Espinardo.

Destinados a realizar actividad física, promoción de envejecimiento activo, parques, etc.	Recursos de organizaciones y culturales.
Zona de gerontogimnasia Marquesa de Peñacerrada	Coordinadora de Barrios Espinardo.
Zona de gerontogimnasia Jardín Constitución	Centro Social de Mayores Espinardo.
Zona de gerontogimnasia Espinardo.	Centro Municipal de Servicios Sociales Murcia Norte.
Zona de gerontogimnasia Avda. Joven Futura Espinardo.	Centro de Salud Espinardo.
Pista polideportiva Los Rectores.	Consultorio El Puntal.
Pista polideportiva Espinardo.	Consultorio Guadalupe.
Pista de pádel Espinardo.	Centro de la mujer de Espinardo.
Piscina de verano Espinardo.	Centro de acción comunitaria "Espíritu Santo".
Parque infantil Joven Futura.	Centro cultural y social Espinardo.
Jardín de Tirocosa/Jardín Yolanda.	Biblioteca de Espinardo.
Parque de Calistenia-(IES Vicente Medina).	Plaza de abastos de Espinardo.
Pabellón Espinardo.	
Campo de césped artificial Espinardo.	
Campus de Espinardo, Universidad de Murcia.	

Anexo 3. Consentimiento informado.

Consentimiento informado para la participación en un estudio de investigación

Proyecto: Cuidar sin descuidarse.

Institución: Universidad Miguel Hernández

El presente estudio tiene como objetivo promover el autocuidado y el cuidado saludable en mujeres cuidadoras de familiares enfermos/as inmovilizados/as del barrio de Espinardo (Murcia) a través de la implementación de un programa de intervención grupal psicoeducativo.

Para ello, si usted decide participar en el estudio, se pedirá que acuda a 13 sesiones de una duración de 90 minutos y que complete en cinco ocasiones una serie de cuestionarios y encuestas. Al final de la intervención, se pedirá que realice una entrevista con el/la investigador/a y durante los 12 meses posteriores a su intervención en las sesiones, se pedirá realizar 3 reuniones grupales.

La información que obtengamos a través de sus datos personales será confidencial. Los datos serán almacenados de manera segura y sólo serán utilizados para el fin de la investigación. Los datos serán expuestos de manera anónima para proteger su identidad.

Su participación es completamente voluntaria. Tiene derecho a finalizar el estudio en cualquier momento sin ningún tipo de penalización ni consecuencias negativas.

He leído la información anterior y he podido realizar preguntas y se me han contestado de manera comprensiva.

Acepto participar de forma voluntaria en la investigación.

Nombre y apellidos de la participante

Fecha

Firma de la participante

Anexo 4. Cuestionario de participación.

- Edad de la cuidadora:
- Nacionalidad:
- Situación laboral:
- Nivel de estudios:
- Estado civil:
- Número de hijos/as:
- Parentesco con el familiar enfermo/a:
- Edad de la persona cuidada:
- Tiempo cuidando al familiar (expresado en meses o años):
- Horas semanales dedicadas al cuidado:
- Comparte domicilio con su familiar:
- ¿Tendría tiempo para participar en este programa? ¿En qué tramo horario preferiría que se llevara a cabo el programa?
- ¿Qué expectativas tiene del programa?



Anexo 5. Cuestionario de Evaluación de la Sesión.

Tabla 8

Cuestionario evaluación sesión.

Sesión N°: Fecha: Nombre del profesional que imparte la sesión:	
Asistencia de participantes	
Número de participantes que acudieron a la sesión	
Número de participantes previstos para la sesión	
Incidencias	
Tipo de incidencia detectada	
Momento en el que ocurrió la incidencia	
Solución elegida	



Anexo 6. Entrevista semiestructurada.

- Nombre/alias de la cuidadora:
- N° de sesiones asistidas:
- Preguntas
 - ¿Cuál fue su motivación para participar en el programa?
 - ¿Qué expectativas tenía con el programa?
 - ¿Se han cumplido esas expectativas?
 - ¿Qué le han parecido los temas tratados en el programa?
 - ¿Cuál cree que es la forma más adecuada de impartir estos temas?
 - ¿Ha cambiado algo en la forma de cuidarse a sí misma después de asistir al programa?
 - ¿Le ha resultado útil en su día a día? ¿Por qué?
 - ¿Cuál es su opinión general respecto al programa?
 - ¿Qué mejoraría para otras ediciones?
 - ¿Cómo cree que este programa podría ayudar a otras cuidadoras?

Anexo 7. Preguntas grupo focal.

- Después del programa en el que habéis participado, ¿cómo describirías vuestro día a día como cuidadoras?
- En esos aspectos ¿qué cambios habéis notado relacionados con vuestra salud?
- ¿Qué situaciones os pueden generar más estrés?
- ¿Cuántas veces a la semana o al mes os encontráis tristes, de mal humor o con falta de ánimo?
- Tras haber acudido a las sesiones del programa, ¿cómo os enfrentáis a los momentos en los que os sentís así?
- Cuando habéis necesitado recurrir a otras personas, ¿quiénes han estado ahí?
- Tras haber participado en el programa, ¿a qué recursos acudiríais para solicitar ayuda?
- ¿Qué aspectos de vuestra vida han podido mejorar tras el programa?
- ¿Creéis que las sesiones os han ayudado a pensar más en vosotras y en vuestros proyectos personales más allá de los cuidados que realizáis? ¿Cómo?

