

## ***Evolución de los programas de intervención grupal con familias cuidadoras de personas mayores dependientes***

*(Modalidad: Investigación en el ámbito de trabajo social)*

**María José Conejo Camino**

Trabajadora Social. Centro de Día y Centro Social de Personas Mayores Pumarín

### **Resumen**

Esta investigación tiene como objetivo analizar los distintos programas de intervención grupal que desde el trabajo social venimos realizando con familias cuidadoras de personas mayores dependientes.

El estudio profundiza en los tipos de programas de intervención, describiendo su metodología y estudiando el papel de los profesionales del trabajo social en los mismos, con el objetivo final de observar si se han producido cambios en nuestra intervención.

Durante la investigación se ha tenido en cuenta el modelo de atención centrado en la persona y se ha establecido como uno de los objetivos de este estudio observar si este modelo ha tenido alguna influencia en la intervención con familias cuidadoras.

### **Palabras clave**

Programas de intervención grupal, familias cuidadoras, personas mayores dependientes, modelo de atención centrado en la persona.

### **Abstract**

The objective of this research is to analyze the different group intervention programmes that we have been carrying out from social work with families taking care of dependent elderly people.

The study goes deeper into the different types of intervention programmes, describing their methodology and studying the role that social work professionals have in them, with the ultimate goal of observing if there have been changes in our intervention.

During this research, the model that has been taken into account is that of attention focused on the person and to observe if this model has had some influence in the intervention with the families has been selected as one of the objectives of the study.

## Key Words

Group intervention programmes, taking care families, dependent elderly people, model of attention focused on the person.

## 1. Introducción

El modelo de atención que guiaba nuestra intervención en los servicios gerontológicos hasta hace unos años era un modelo asistencialista que priorizaba los cuidados sanitarios y donde la atención se planificaba desde el sistema, priorizando la organización y controlado por los profesionales que centraban su intervención en los déficits de la persona mayor.

A partir del 2009 se empieza a introducir en España un modelo que ya tiene un amplio recorrido en otros países. Es el modelo de Atención Centrada en la Persona (en adelante ACP). Este modelo planifica desde la persona, está centrado en sus capacidades, deseos y preferencias y controlado por la propia persona mayor y/o quienes los representen, que en la mayoría de los casos son sus familias. Y para este modelo de atención, las familias son un elemento imprescindible para el bienestar de la persona mayor, dado que además de aportar los cuidados necesarios, son un apoyo emocional insustituible y el nexo de unión con su proyecto vital.

A raíz de estos cambios que se han experimentado directamente desde los servicios gerontológicos, nos planteamos a nivel profesional, si nuestra propia intervención con familias cuidadoras de personas mayores ha sufrido o está sufriendo algún tipo de cambio y en caso afirmativo, valorar si es acorde a este nuevo enfoque. La investigación se centra en analizar posibles variaciones, más específicamente, en la intervención a nivel grupal con familias cuidadoras.

Tal y como se describe en el marco teórico, son varias las clasificaciones que podemos encontrar en relación a los programas de intervención grupal con las cuidadoras y cuidadores informales. Las más comunes son aquellas de tipo educativo, socioterapéuticos, grupos de apoyo o de ayuda mutua. Con esta investigación, nos acercamos a los distintos programas de intervención grupal a través de experiencias publicadas por trabajadoras y trabajadores sociales, y conoceremos a través de los mismos, si se evidencia algún tipo de cambio o evolución en dichos programas de intervención.

Ésta es una investigación de naturaleza documental que se basa en el análisis de artículos publicados en España entre los años 2001 y 2016. La muestra final la forman 15 artículos, que reflejan y desarrollan distintos programas de intervención grupal.

## 2. Problema

Partiendo de la base como ya hemos reflejado anteriormente, que la intervención con la propia persona mayor dependiente, está sufriendo un cambio a raíz de la introducción del modelo ACP, nos planteamos si hay un cambio en la intervención con familias cuidadoras, y en caso afirmativo, que tipo de cambios se han experimentado.

Para analizar y reflexionar sobre estos aspectos, la investigación se centró en artículos publicados por profesionales del trabajo social, desde cualquier ámbito de publicación y aplicación, siempre que recogieran experiencias de programas de intervención con familias cuidadoras.

Analiza variables relacionadas con las autoras, los perfiles de las personas cuidadoras y las personas mayores, la propia metodología empleada en el desarrollo del programa y observa el papel del trabajador o la trabajadora social dentro de las experiencias que se estudien. Por último, también analiza que experiencias recogen características identificables con el modelo ACP.

Por tanto, planteamos el problema de estudio de la siguiente manera; ¿han variado los programas de intervención grupal realizados desde el trabajo social con familias cuidadoras de personas mayores dependientes entre el 2001 y el 2016, según los artículos analizados en las 15 revistas estudiadas?

### 3. Objetivos

- ✓ Conocer la frecuencia de los distintos programas de intervención grupal por años y su tendencia hacia alguna tipología en concreto en los 15 años estudiados.
- ✓ Analizar el número de autores que escriben por artículo y si son autorías individuales o coautorías
- ✓ Indagar en que ámbitos han aplicado dichos artículos sus experiencias
- ✓ Diferenciar los tipos de programas de intervención grupal con familias cuidadoras
- ✓ Identificar el perfil de las personas cuidadoras y personas cuidadas a quien se dirigen
- ✓ Determinar si hay diferencias en el desarrollo, los contenidos y la duración de los distintos programas estudiados
- ✓ Detectar si hay alguna influencia del modelo de ACP en dichos programas de intervención
- ✓ Conocer las funciones del profesional del trabajo social en los programas de intervención grupal a nivel general y en las experiencias estudiadas a nivel más específico.

### 4. Marco teórico

#### 4.1. El envejecimiento de la población en España

El envejecimiento de la población es consecuencia de cambios socioeconómicos que permiten a las personas vivir más años, como es tener una mejor alimentación, mejoras higiénicas y sanitarias, mejores atenciones y cuidados, en consecuencia, una mejora de la calidad de vida de las personas.

En España, al igual que en otros países europeos, el proceso de envejecimiento de la población se inició más tarde, pero con una intensidad superior que en el resto de países de su entorno. Según los datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (en adelante IMSERSO, 2014) la proporción de población de 65 y más años ha pasado de representar un

11,2% en 1981, a representar según los datos a 1 de enero de 2016 del Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE, 2016), un 18,7%.

Por otro lado debemos tener en cuenta el denominado “**envejecimiento de la población mayor**” previsto en los próximos años, que tal como refleja el Informe 2014 sobre personas mayores en España del IMSERSO (2014), lo que significará un incremento de la población más anciana, es decir, la que supere los 80 años, y se espera que ascienda al 19 % de la población, en 2050, es decir, tres veces más que en la actualidad.

En cuanto al perfil de las personas en situación de dependencia, el XVII Dictamen del Observatorio (2017) que anualmente publica la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales destaca que el 2,6% de la población española presentaba algún tipo de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, y concretan que de todas las personas que tenían reconocida la situación de dependencia, dos tercios son mujeres, y que más del 70% de los dependientes reconocidos son mayores de 65 años y mayores de 80 años más del 50%.

#### 4.1.1. La atención a la dependencia

A día de hoy, no existe una definición homogénea de dependencia, son varios los autores y autoras que plantean su definición y que varía de unos a otros, aunque tal y como reflejan Carretero, Garcés, Rodenas y Sanjosé (2006) en su publicación “*La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes*” todas ellas recogen “**cuatro aspectos comunes:**

1. No existe una causa concreta generadora de dependencia
2. La necesidad de ayuda de otros
3. La ayuda durante un periodo prolongado de tiempo
4. La ayuda o supervisión en las actividades de la vida diaria”<sup>1</sup> (Carretero et al., 2006, p.14)

La dependencia podemos entenderla como una situación grave de discapacidad, pero debemos tener en cuenta y no confundir, que no todas las personas con discapacidad están en situación de dependencia.

La Recomendación del Consejo de Europa de 1998, (la más aceptada y citada), define la **dependencia** como «*la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana*», o, de manera más precisa, como «*un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal*». (Libro Blanco, 2004, p 21)

Queremos destacar a Rodríguez (2013), para quien no debe confundirse dependencia con autonomía, deben desvincularse totalmente. La primera es funcional, implica la **dependencia** de algo o de alguien, está relacionada con algún deterioro de salud que se traduce

.....

1 “Aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social” (Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia. Capítulo IX. Título 4)

en una dificultad o imposibilidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En cambio, el término **autonomía** hace referencia a la capacidad de decisión de una persona sobre su vida, y si tiene una discapacidad mental, a la protección de sus derechos fundamentales de libertad y dignidad.

Siguiendo con las definiciones de Rodríguez (2013), en su libro “*Atención Integral y Centrada en la Persona*” añade el concepto **heteronomía**, como el antónimo a autonomía, es decir cuando la persona no tiene capacidad para decidir por sí misma sobre su propia vida y son otras personas las que toman esas decisiones. Y frente al concepto de dependencia tenemos el de **independencia**, como la capacidad funcional para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria.

El Libro Blanco de la Dependencia (2004), recoge que a finales de la década de los ochenta cambian los planteamientos de atención a las personas mayores y se deja en un segundo plano la institucionalización de las personas de más edad, para dar prioridad y peso a planteamientos que defendían el mantenimiento de las personas mayores en su propio domicilio y dirigía todas las políticas sociales a la consecución de ese objetivo. En la actualidad, las políticas públicas continúan apostando por extender al máximo, el tiempo que los mayores permanecen en el hogar (propio o ajeno). Pero la oferta pública de Servicios Sociales no se ha correspondido con el notable incremento de las necesidades, y una de las mayores demandas actualmente es la cobertura de servicios sociales para la atención a las personas en situación de dependencia.

Nuestro **modelo de atención a personas en situación de dependencia** comienza con la elaboración del Libro Blanco de la Dependencia y posteriormente la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante LAPAD). A través de estas herramientas se ha configurado un sistema al que se denomina Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante SAAD). Esta ley suponía el establecimiento de un nuevo **derecho universal y subjetivo** que derivaba del reconocimiento de un derecho de ciudadanía que proclamaba la atención a personas dependientes.

La LAPAD se aprueba fundamentalmente por dos motivos principales, tal y como refleja Vázquez (2010), por un lado, el envejecimiento galopante de la población descrito anteriormente y en especial de la población mayor de 80 años y por otro, los cambios sufridos en los modelos de familia, caracterizados principalmente por la progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral. Ambas realidades vienen a señalarnos la actual “Crisis de los cuidados”.

Pese a que la atención a las dependencias se realiza desde diferentes niveles asistenciales, sigue siendo en el ámbito doméstico donde se desarrolla el cuidado básico de la persona dependiente. Y concretamente la mujer, seguirá siendo la cuidadora principal y por tanto el principal sistema de atención.

#### 4.2. Las transformaciones en el modelo de familia y la crisis de los cuidados.

El Libro Blanco de la Dependencia (2004) o las trabajadoras sociales, Arriola y Beloki (2006) son algunas de las fuentes que recuerdan que los cambios y transformaciones en el

modelo de familia han influido de manera directa en el modelo de apoyo informal. Y es que llevamos, desde la segunda mitad del siglo XX, presenciando cambios como:

- La **desaparición de la familia extensa**, (que proporcionaba asistencia y proveía de recursos a todos sus miembros) y sustitución por núcleos familiares más reducidos
- **El desdibujamiento de la familia como institución permanente**, que se traduce en un incremento del número de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios
- La **creciente movilidad geográfica** de los distintos miembros de la familia, que aleja a los familiares directos y debilita las redes de solidaridad familiar
- La **variedad de modelos familiares coexistentes**
- La **democratización en las relaciones intergeneracionales** y entre los miembros de la pareja; la permanencia de los hijos en la casa familiar hasta edades que llegan a superar los 30 años.
- Y **los cambios profundos en la posición social de las mujeres** y, por tanto, en su rol dentro de la familia, que son quienes asumían y asumen la función de cuidado dentro de la familia.

En los últimos años se ha producido una **incorporación** progresiva de las mujeres al **mercado laboral**. Sin embargo, siguen siendo quienes se ocupan de las tareas domésticas y de las responsabilidades familiares, bien como actividad exclusiva, o bien como una continuación de su jornada laboral, y el hecho de ser quienes generalmente se responsabilizan de la prestación de cuidados de sus familiares ha supuesto para ellas un obstáculo para su integración en el sistema productivo. Por otra parte, la **difícil conciliación entre la vida familiar y el trabajo remunerado** ha originado el retraso de la maternidad y una continuada reducción de la fecundidad, influyendo en el proceso de envejecimiento poblacional.

Por tanto, todos estos cambios en el modelo de familia y en concreto en la función que la mujer venía asumiendo dentro de la misma, han derivado en la denominada “**crisis de cuidados**”, la cual significa una disminución de la capacidad de los cuidados informales. Ezquerro (2011), destaca los principales factores que influyen en esta crisis y que divide en tres categorías:

- Categoría **socio-demográfico** (factores como el aumento del envejecimiento de la población y de la esperanza de vida, derivaron en un aumento de la demanda de cuidado)
- Categoría **socio-laboral** (incorporación de la mujer al mundo laboral es un factor que ha influido en una menor disponibilidad para la prestación de cuidados en el hogar)
- Categoría **político-económico** (factores como la propia crisis económica sufrida en nuestro país, y caracterizada por una expansión de políticas neoliberales de recortes sociales que han limitado los recursos públicos para cubrir el aumento de la demanda de cuidados y el vacío dejado por la disminución de personas y en concreto de mujeres, para dar respuesta a la misma)

#### 4.2.1 El perfil de las personas cuidadoras y características del cuidado

“En nuestra vida son muy importantes las personas que nos rodean, en especial aquellas que nos quieren y a las que más queremos. Nos referimos a nuestras familias, amistades, vecinos y vecinas... es decir, nuestras redes sociales de proximidad. La consecuencia más importante que generan estas redes es el **apoyo social**, que podemos concebir como la satisfacción de nuestras necesidades emocionales mediante la interacción con otras personas. Cuando cuidamos de alguien que lo necesita de manera desinteresada, es decir, sin ser profesionales, este tipo de apoyo se conoce como **apoyo informal**. El **apoyo formal** por tanto es aquel prestado por profesionales” (Rodríguez, Díaz, Martínez y García. 2014. P.13 y14)

Como ya explica Julve (2006) otras **características** del apoyo informal además de por quién es prestado, son su tamaño (que es reducido); que existe una relación y una afectividad en el cuidado; además se realiza con una permanencia, duración y compromiso en el tiempo; hay una ausencia de contrato formalizado o de salario; se caracteriza por una larga jornada de cuidados y horarios irregulares y por ser es una actividad extensa y duradera en el tiempo.

“El cuidado informal suele distinguir tres categorías de ayuda: apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional:

- ✓ El **apoyo material o instrumental** consiste en la ayuda en la realización de aquellas actividades que la persona no puede desarrollar por sí misma
- ✓ El **apoyo informativo o estratégico** consiste en la ayuda en la resolución de problemas concretos y en la conexión del receptor del cuidado con recursos externos de todo tipo
- ✓ El **apoyo emocional**, el cuidado es fundamentalmente una actividad mental que implica un grado variable de preocupación. En la relación de cuidado se establece una interdependencia emocional, por lo que es necesario prestar atención a la historia de la relación entre el cuidador y la persona dependiente.” (Roguero, 2009. Pg39)

La Web Ser Cuidador “*El portal de los cuidadores y los cuidadores*”, (iniciativa de Cruz Roja y del IMSERSO) en su “*Guía de Cuidados-Quiero cuidarme mejor*” (2010) y Navarro (2016) en su artículo “*Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación desde el Trabajo Social*”, nos aportan la siguiente información para elaborar un perfil de la persona cuidadora destacando los siguientes aspectos:

- En un 83% las personas que se encargan de ejercer los cuidados informales son **mujeres**.
- Navarro (2016) refiere que la mayoría de los estudios revisados establecen un tramo de edad de **45 a 65 años**. Los datos de Cruz Roja (2010) establece la media de edad en 52 años.
- En cuanto al **vínculo familiar**, en la gran mayoría de los casos, los cuidadores de personas dependientes suelen ser hijas (43%), esposas (22%) y nueras (7,5%)
- Los artículos analizados por Navarro (2016), reflejan que el **estado civil** de las cuidadoras son mayoritariamente mujeres casadas.

- Por otro lado, a **nivel educativo**, la situación predominante son los estudios primarios y en menor medida los estudios universitarios
- Y en relación a **la situación laboral**, la tendencia de los cuidadores principales es no tener una actividad remunerada.
- En cuanto a la propia **actividad de cuidado**, la mayoría de los casos (60%) prestan cuidados y apoyos diarios a la persona dependiente. No suelen recibir ayuda de otras personas y además comparten el rol de cuidador con otros roles familiares.

Tener en cuenta los **motivos** por lo que una persona decide cuidar, aunque no podemos obviar la voluntariedad en los cuidados, y que algunas personas decidan no cuidar. Hay que respetar el derecho a cuidar pero también el derecho a no cuidar. Como bien expresan Rodríguez, Díaz, Martínez y García (2014), *“la voluntariedad es esencial para lograr cuidados de calidad, establecer una buena relación de ayuda y experimentar bienestar con la función de cuidar”*.

#### 4.2.2. Los efectos de cuidar y sus consecuencias

Para cada uno de los cuidadores, la experiencia de cuidar es distinta, en ella inciden muchos factores como: a quién se cuida, los motivos de cuidar, cuál era la relación anterior con la persona cuidada, qué grado de dependencia tiene o con cuántos apoyos cuenta la persona.

La decisión de ser cuidador/a principal conlleva una serie de **consecuencias y cambios** en la vida de aquellas personas que atienden a una persona dependiente. Como se recoge tanto la Guía para personas cuidadoras de Zaintzea<sup>2</sup> (2007) como en la guía de la Web Ser Cuidador (2010) es frecuente que experimenten cambios en las siguientes áreas:

- ✓ **Cambios en las relaciones familiares:** Es uno de los cambios que los cuidadores y cuidadoras manifiesta más claramente, dado que suelen aparecer conflictos familiares derivados del desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares, o malestar en la persona que ejerce de cuidadora principal por sentir que no se aprecia el esfuerzo que realiza. Otro cambio muy evidente es la inversión de papeles, cuando una hija se convierte en cuidadora de su padre o madre invirtiendo los roles habituales, supone un esfuerzo de adaptación.
- ✓ **Cambios en el trabajo y situación económica:** Cuidar a un familiar exige una enorme inversión de tiempo y esfuerzo por este motivo, muchos cuidadores se ven obligados a reducir su jornada laboral o abandonar el puesto de trabajo y en consecuencia esto implica una disminución de ingresos a la vez que aumentan los gastos derivados del cuidado.
- ✓ **Cambios en el tiempo libre:** Cuidar a una persona dependiente exige mucho tiempo y dedicación. Una parte sustancial del tiempo que antes se dedicaba al ocio, a las amistades, hay que dedicarlo ahora a afrontar esta tarea.
- ✓ **Cambios en la salud:** Algo muy frecuente en los y las cuidadoras, es el cansancio físico y la sensación de que su salud ha empeorado desde que cuidan de su familiar.

.....

2 Centro Municipal de apoyo a familiares cuidadores, integrado en el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao

- ✓ **Cambios en el estado de ánimo:** La experiencia de cuidar, puede generar tanto sentimientos positivos como negativos. Positivos por el simple hecho de que la persona a la que cuida y a la que quiere se encuentre bien. Aunque también son varias las consecuencias psicológicas negativas: Sentimientos de tristeza, desesperación, indefensión y desesperanza; Sentimientos de enfado e irritabilidad; Sentimientos de preocupación y ansiedad; Sentimientos de culpa.

Destacar así mismo que algunas personas cuidadoras hacen referencia a la experiencia de cuidar como una experiencia conmovedora. “Cuidar a un familiar permite estrechar la relación con él o ella, permite descubrir cosas de nosotros mismos que desconocíamos (actitudes, aptitudes, habilidades), nos hace sentirnos queridos y útiles para nuestro familiar y así hasta un largo etcétera” (SerCuidador. Consultado 24 de junio de 2017)

Volviendo a las consecuencias negativas, Martínez (2010) recoge que existen múltiples investigaciones que tienen como objetivo indagar los efectos negativos en los cuidadores o cuidadoras principales y que pueden aparecer asociados a la labor de cuidar; alteraciones de tipo emocional o empeoramiento en el estado físico de salud, estas alteraciones es lo que se denomina **Síndrome del cuidador**. Y las consecuencias negativas (físicas, emocionales y económicas) que el cuidado de una persona mayor en situación de dependencia puede tener en su cuidador o cuidadora es lo que se conoce como “**carga**”.

“Inicialmente el concepto de carga hacía referencia la malestar percibido por las propias personas cuidadoras, procedente del hecho de prestar cuidados. Posteriormente **a esta dimensión subjetiva se une el concepto de carga objetiva**, que hace referencia a otro tipo de consecuencias externas que también pueden incidir negativamente en el cuidador o cuidadora (repercusión económicas, restricción en el tiempo libre etc.)” (Martínez, 2010, Pg. 120)

La carga del cuidador engloba múltiples dimensiones y como refiere Martínez (2010), analizar la carga desde esta perspectiva multifactorial es importante para orientar la intervención de las persona cuidadoras.

#### 4.3. La intervención grupal con familias cuidadoras

“Los y las trabajadoras sociales realizamos nuestra labor profesional comprometiéndonos a buscar y garantizar a toda persona, grupo o comunidad la igualdad de oportunidades, el acceso a recursos y el apoyo para cubrir sus necesidades”. (Código Deontológico. 2012. Art. 17).

Rosell (2014) en su artículo “El método y modalidades del trabajo social de grupo” publicado en la Revista Treball Social, vuelve a citar la definición de Konopka en 1963 que definió el trabajo social de grupo como “un método de trabajo social que ayuda a los individuos a mejorar su funcionamiento social, a través de experiencias constructivas de grupo, y a enfrentarse con sus problemas personales, de grupo o de la comunidad de una forma más efectiva”.

Las modalidades de **trabajo social de grupo** que Rossell (2014) plantea son:

- **Grupos socioterapéuticos** (ayudan a tratar las dificultades que producen sufrimiento a las personas y les impiden su desarrollo personal, lo que implica el desarrollo de capacidades emocionales y de comprensión de la persona para enfrentarse a sus propias vivencias.)
- **Grupos Socioeducativos** (Se dirigen a “la adquisición de habilidades sociales, que pueden representar un progreso personal y también evitar un proceso de deterioro y marginación social”) (Rossell, 2014, pg13)
- **Grupos de Ayuda Mutua** (Ofrece apoyo mutuo entre sus miembros para mejorar o superar situaciones que les afectan. Aunque se caracterizan por la no presencia de profesionales, Rossell lo incluye como modalidad dentro del trabajo social, dado que a menudo suelen mantener relación con trabajadores sociales quienes ejercen algún tipo de función).
- **Grupos de Acción Social** (buscan lograr objetivos sociales más allá del beneficio individual, los miembros participan para mejorar algún aspectos colectivo o de la comunidad)

Como podemos ver a través del artículo de Rossell (2014), esta autora diferencia entre aquellos grupos que buscan lograr objetivos colectivos o comunitarios (grupos de acción social) y el tipo de grupo cuya ayuda individual es a través del propio grupo (resto de modalidades).

Y estas dos modalidades influyen en la forma de conducción del grupo y por tanto en la **función de los y las trabajadoras sociales**. En el primer caso, “debemos favorecer la creación y la cohesión del grupo como un proceso dentro del cual los miembros pueden comprender las propias actitudes y relaciones, y mejorar aspectos de su situación personal; y en el segundo caso, ayudaremos al grupo a planificar sus proyectos de intervención, a tomar decisiones y evaluar resultados, en definitiva a conseguir cambios externos” (Rossell, 2014, pg12).

Rossell (2014) añade también que en el caso concreto de los grupos de ayuda mutua, el profesional del trabajo social, tiene la función de impulsar, orientar, ofrecer información y formación a las personas interesadas y en especial a los facilitadores de los grupos.

Sí nos centramos en **la intervención desde el trabajo social con las familias cuidadoras** y con la propia persona mayor dependiente, destacar, que se dirige a mejorar su calidad de vida, y a informar, atender, apoyar y asesorar a la persona mayor dependiente y/o a sus familias.

Nuestras intervenciones sociales en este ámbito en concreto, como resume Fernández (2009), se dividen en tres niveles:

- Individual (Persona mayor dependiente y cuidador/a), aquellas realizadas ante demandas individuales presentadas por los familiares y concretamente por cuidadores principales
- Grupales (Intervenciones familiares y con grupos para familiares), que debemos impulsar como profesionales con el fin de mejorar las relaciones dentro del núcleo familiar

- Comunitarias (Promoción y prevención), que se orienta hacia actividades de carácter informativo, formativo y asistencial, a una coordinación intersectorial con instituciones públicas y privadas, y a la participación comunitaria.

Los programas de apoyo a familias cuidadoras, tienen como finalidad de mejorar la calidad de vida tanto de la persona cuidadora como de su familiar. Para ello establecen objetivos que pueden dirigirse a abordar:

- Aspectos relacionados con la situación de cuidado: a través de la formación y la capacitación de los cuidadores; además de facilitarles la adquisición de habilidades para asumir el cuidado en las mejores condiciones posibles
- Aspectos relacionados con el autocuidado de la persona cuidadora: la atención de un familiar lleva en muchas ocasiones al cuidador o cuidadora a dejar en un segundo plano sus propias necesidades de autocuidado, y su descuido, da lugar algunas de las consecuencias anteriormente descritas. Este tipo de acciones buscan sensibilizar a la persona cuidadora sobre la importancia de su cuidado físico y emocional y de la necesidad de compartir los cuidados y dejarse ayudar. Así mismo buscan ayudar a los cuidadores y cuidadoras a identificar las emociones que experimentan, a comprenderlas y a manejarlas.

Son varias las clasificaciones de las modalidades de intervención con personas cuidadoras. Sí aclarar antes de continuar con la descripción de los programas, que las clasificaciones que se han encontrado tanto en los propios artículos publicados por trabajadores y trabajadoras sociales, como en el rastreo general para fundamentar este apartado, son todas las clasificaciones, propuestas y analizadas por profesionales de la psicología. Ninguno de los autores que se referencian a continuación utilizan la clasificación y nomenclatura utilizada por Rossell (2014), entendemos y deducimos que no sólo por su perfil profesional sino porque ninguno de los programas que exponen son conducidos exclusivamente por profesionales del trabajo social.

Crespo y López (2006) y en su artículo “Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión” de López y Crespo (2007), enumeran los distintos tipos de intervención desarrollados hasta el momento y lo clasifican de la siguiente manera:

- **Apoyo formal** (mediante servicios comunitarios de respiro, para suplir temporalmente las funciones de los cuidadores)
- **Programas educativos** “(proporcionan información sobre la enfermedad del mayor dependiente, sus consecuencias. En la mayoría de ellos se informa sobre las dificultades más comunes por las que atraviesan los familiares afectados así como sobre posibles soluciones, estrategias y recursos para hacer frente a estos problemas)” (Crespo y López, 2006. Pg. 60)
- **Grupos de ayuda mutua** (objetivo es facilitar el intercambio de experiencias y sentimientos, proporcionar la oportunidad de poner en común estrategias para hacer frente a los problemas, a la vez que brindan apoyo emocional entre sus miembros)
- **Intervenciones psicoterapéuticas** (El profesional trata de ayudar al cuidador a ser consciente de su situación y a reestructurar los pensamientos que mantienen conductas problemáticas y que les impiden desarrollar sus capacidades)

- **Programas multimodales o multicomponentes** (una combinación de algunas de las anteriores).

“La mayoría de estos programas pretenden mejorar el estado emocional del cuidador o cuidadora y retrasar la institucionalización del mayor” (López y Crespo, 2007. Pg. 77)

Esta última clasificación es la más coincidente con la tipología de programas que analizaremos en el estudio.

#### 4.4. Modelo de atención centrado en la persona

Martínez (2015) en su tesis doctoral define que la Atención Centrada en la Persona entiende la calidad asistencial desde la **calidad de vida** de las personas y sitúa la atención personalizada como objetivo principal de los servicios, para que la persona mayor, además de obtener los cuidados que precise, pueda seguir viviendo de forma acorde a sus valores y preferencias. Y el objetivo de este modelo no es sólo individualizar la atención sino empoderar a la persona para que pueda seguir gestionando su vida y tomando decisiones bien sea directamente o con el apoyo de quien la represente o cuide. El modelo surge de la **visibilización de las capacidades y de la defensa de la autodeterminación** de las personas y su objetivo primordial es centrarse en mejorar la calidad de vida de los mayores y por tanto de sus familias.

Martínez (2015) refleja que este modelo tiene un escaso recorrido en nuestro país y por tanto escasa presencia en nuestros recursos gerontológicos. Aunque el número de experiencias como podemos comprobar son pocas y estamos en una fase muy inicial de la aplicación del modelo, sí es verdad que en estos años, concretamente **a partir del 2009-2010** se han producido aportaciones que han sido acogidas con gran interés y que están sirviendo de referencia teórica y metodológica para iniciar los procesos de cambio.

##### 4.4.1 El papel de las familias desde el modelo de atención centrado en las personas

Éste es un modelo de atención integral, en el cual las familias forman parte activa y directa y donde adquieren una gran relevancia. El apoyo de la familia es primordial para el bienestar de la persona mayor, y la misma se convierte en eje fundamental de la intervención.

Dado que este, es un modelo reciente y con tan poco recorrido, es importante aclarar que la documentación en la que nos basamos está publicada principalmente desde su aplicación en centros gerontológicos (centros de día y centros residenciales), por tanto la mayor bibliografía se refiere al papel de las familias cuando la persona mayor acude a uno de estos recursos.

Martínez (2011) expone, que las formas de colaboración de las familias en los planes de intervención que se elaboran con las personas mayores en estos servicios, son muy variadas y van a depender de muchos factores: las necesidades y deseos de la persona mayor; los contextos de cuidados; la disponibilidad, características y deseos de cada grupo familiar; de la relación y experiencias previas o de la capacidad de autogobierno de la persona mayor.

Esta misma autora, destaca el papel de las familias desde este modelo. En el caso de **personas con capacidades suficientes para decidir** por sí mismo, siempre ejercen un papel de acompañantes, procurando que sean estas quienes tomen sus propias decisiones. Sin embargo cuando son **personas que tienen una grave afectación cognitiva** las familias asumen su representación en prácticamente toda la totalidad de los asuntos del día a día, al fin y al cabo, son quienes mejor conocen a sus familiares y quien mejor puede trasladar a los profesionales que trabajan con la persona mayor, sus preferencias, gustos y valores. Lo complicado en muchas ocasiones es que las familias recuerden ponerse “en la piel del otro”, cuestión que requiere del consejo y apoyo de los profesionales.

“Una buena información contribuye a que la familia no tome decisiones que puedan perjudicar al enfermo como persona o que vayan en contra de los deseos que éste mostraba cuando estaba sano mentalmente.” (Fernández, 2009, Pg. 17)

Siguiendo con Martínez (2011), desde este modelo ACP, las familias no son contempladas únicamente como un apoyo a la persona mayor, sino que son en sí mismas, objeto de atención, dado que presentan necesidades que van más allá del respiro, como son necesidades de reconocimiento social, de asesoramiento individualizado, formación, apoyo e intercambio de experiencias con otras familias.

Entre las autoras que abordan la atención centrada en la persona, Martínez (2011) destaca que las intervenciones con familias cuidadoras desde este modelo son:

- **Asesoramiento individualizado** (información precisa, ajustada y accesible, que la familia encuentre el asesoramiento en el momento que lo precise)
- **Formación grupal** ( con doble objetivo, concienciar a quien cuida de la necesidad de que debe cuidarse y proporcionar conocimientos y habilidades que permitan cuidar de una forma adecuada a su familiar. La dimensión grupal cobra gran importancia en la acción formativa, especialmente cuando se realiza desde una metodología participativa)
- **Intercambio de experiencias entre familias cuidadoras** (no busca formar a la persona cuidadora sino ofrecer apoyo emocional facilitando tanto el desahogo como el intercambio de experiencias. Se valora conveniente desde este modelo que estos grupos de apoyo cuenten con el apoyo ocasional o temporal de un profesional)
- **Apoyo psicológico** (estrategias para afrontar mejor la situación y evitar o reducir las alteraciones psicológicas y emocionales)

La única fuente que hemos encontrado y que aborda el modelo de atención integral y centrada en la persona con familias cuidadoras, en su propio entorno, es la guía publicada por Rodríguez, Díaz, Martínez y García (2014), “Cuidar, Cuidarse y Sentirse Bien”. Las autoras dividen esta guía en cuatro bloques:

1. **El cuidado**, reflejan “que la guía presenta una serie de indicaciones, conocimientos y pautas a seguir para desarrollar un cuidado verdaderamente integral y centrado en la persona: en ti como cuidador/a y en la persona a la que cuidas” (Rodríguez et al., 2014. Pg. 24). Así mismo destacan los aspectos positivos y las consecuencias negativas del cuidado.

2. **Cuidar bien**, destacan que las familias son quienes mejor conocen a las personas mayores, sus gustos y preferencias, y plantean como organizar el día a día para fomentar la autonomía e independencia de su familiar. Destacan la importancia y ventajas del cuidado compartido. Pone el acento en las actividades que la persona aún puede hacer y orienta para ayudar a la persona mayor a tomar sus propias decisiones y en personas con deterioro cognitivo destacar la toma de decisiones en cosas sencillas.
3. **Cuando el día a día se complica**, en este capítulo se plantea como abordar situaciones difíciles a la vez qué cómo prevenirlas (alteraciones de conducta, conductas negativas, rechazo, agresividad, reproches y demandas excesivas, apatía y tristeza, agitación, insomnio, deambulación continua, desconfianza, ideas delirantes, alucinaciones etc...)
4. **El autocuidado**, la última parte de esta guía que aborda el cuidado de un familiar desde este modelo, resalta la importancia de cuidarse, de cuidar nuestro cuerpo (considerando las señales de alarma, manteniendo hábitos saludables y previniendo riesgos y lesiones), cuidar nuestro bienestar emocional (manejo de emociones como enfado, tristeza, culpabilidad y de pensamientos disfuncionales, buscar tiempo libre y actividades gratificantes) y por último, compartir los cuidados (pedir ayuda a la familia, o buscar apoyo en recursos comunitarios y/o virtuales)

## 5. Diseño metodológico

En base a la clasificación que realiza Sierra (2001), se ha llevado a cabo una investigación social **básica**, que tiene como finalidad conocer la evolución de los programas de intervención grupal con familias cuidadoras. Al centrar la investigación en un periodo concreto, como es la horquilla entre 2001 y 2016, este estudio se clasifica de tipo **longitudinal y retrospectivo**.

Según el criterio de profundidad que Sierra (2001) aplica a las investigaciones sociales, éste es un estudio **descriptivo**, dado que se lleva a cabo la medición de varias variables, en una muestra concreta, como son artículos publicados por trabajadoras y trabajadores sociales sobre programas de intervención grupal con familias cuidadoras.

Como veremos a continuación, esta investigación, de naturaleza **documental**, basa su estudio en **fuentes** de tipo secundario, es decir, realiza un análisis detallado de 15 artículos, publicados por profesionales del trabajo social, para fines distintos a esta investigación, y de carácter **cuantitativo**, que se centra en aspectos objetivos y susceptibles de cuantificación de este fenómeno social.

**El universo** de esta investigación lo conforman artículos publicados por trabajadores y trabajadoras sociales, bien de manera individual o en colaboración con otros profesionales, en revistas de Trabajo Social editadas en España. Concretamente el rastreo bibliográfico se realiza en estas **15 revistas**: 4 revistas de Colegios Profesionales, 9 revistas editadas por Universidades y 2 revistas editadas por otras entidades.

Tabla 5.1: Relación de revistas rastreadas

REVISTAS EDITADAS POR COLEGIOS PROFESIONALES	
Revista	Colegio
Servicios Sociales y Política Social	Consejo General de Trabajo Social
D.T.S. “Documentos de Trabajo Social”	Colegio Profesional Trabajo Social Málaga
Trabajo Social Hoy	Colegio Profesional Trabajo Social Madrid
R.T.S. “Revista de Treball Social”	Colegio Profesional Trabajo Social Cataluña

REVISTAS EDITADAS POR UNIVERSIDADES	
Revista	Universidad
Alternativas	Universidad de Alicante
Cuadernos de Trabajo Social	Universidad Complutense Madrid
Humanismo y Trabajo Social	Universidad de León
Portularia	Universidad de Huelva
Revista de acciones e investigaciones sociales	Universidad de Zaragoza
BITS Boletín Informativo de Trabajo Social	Universidad de Castilla- La Mancha
Atlántida	Universidad de La Laguna
Azarbe <sup>3</sup>	Universidad de Murcia
Trabajo Social Global	Universidad de Granada

REVISTAS EDITADAS POR OTRAS ENTIDADES	
Revista	Entidad
Trabajo Social y Salud	Asociación Española de Trabajo Social y Salud
Zerbitzuan	Revista de Servicios Sociales promovida por el Gobierno Vasco

### 5.1. Fases del rastreo bibliográfico

Para el desarrollo de esta investigación, realizamos en primero lugar, un rastreo bibliográfico utilizando principalmente, el portal de difusión creado por la Universidad de la Rioja, Dialnet y se establecieron como **criterios de pre-selección**:

- Artículos publicados en algunas de las revistas anteriormente mencionadas, las cuales fueron seleccionadas tomando cómo guía a Vázquez (2010), quien recoge en su artículo “Las Revistas de Trabajo Social en España” una clasificación de publicaciones que divide según la institución promotora de la revista. A partir de aquí, priorizamos aquellas revistas de carácter científico y que tuviéramos la posibilidad de acceder a sus publicaciones, principalmente, a través de la web. Las revistas que tenían algunas de sus primeras ediciones aún sin publicar en formato digital, pudimos contar con la biblioteca del Colegio Oficial de Trabajo Social de Asturias.

Estos criterios no fueron excluyentes, dado que se encontraron artículos de interés para el desarrollo de esta investigación, en tres revistas, dos de ellas no son de carácter científico.

.....

3 Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar

co (Boletín Informativo de Trabajo Social y Atlántida) y una tercera no incluida en el listado de Vázquez (2010), nos referimos a la revista “Zerbitzuan”. Por este motivo se incluyeron y se rastrearon en su totalidad.

- Artículos Publicados por Trabajadoras y Trabajadores Sociales (autores o coautores). En la mayoría de los artículos aparece la profesión del autor/a, en casos de duda se comprobó a través de la web si cumplía con este criterio.
- Editados entre 2001 y 2016
- El rastreo bibliográfico se llevó a cabo a través de la página web de cada revista y del portal “Dialnet”. Se pre-seleccionaron aquellos artículos cuya temática fueran las familias cuidadoras de personas mayores dependientes y la intervención social con las mismas, para ello establecimos como “palabras clave” en la búsqueda, las siguientes: Persona mayor, Dependencia, cuidador/a, familia cuidadora, cuidado informal, apoyo informal, mujer cuidadora, intervención, proyecto, programas de intervención grupal, grupos psicoeducativos, grupos socioterapéuticos, grupos de apoyo, grupos de ayuda-mutua, trabajo social y mayores, trabajo social y cuidadores, trabajo social y familias cuidadoras.)

Del resultado de esta primera fase de rastreo fueron pre-seleccionados 43 documentos, de los cuales finalmente seleccionamos una **muestra definitiva**, de **15 artículos (ver tabla 5.1.1)**. Esta muestra final la conforman aquellos artículos que además de cumplir los criterios anteriormente enumerados, cumplen con los siguientes criterios de inclusión añadidos:

- Artículos cuyo objetivo fueran experiencias de programas de intervención grupal con familias cuidadoras de personas mayores dependientes.
- Que recoja la tipología de programa de intervención, la metodología y desarrollo del mismo y el rol profesional del trabajador o trabajadoras social en dicha experiencia.

**Tabla 5.1.1: Listado de artículos analizados**

Nº DOCUMENTO Y TITULO	AUTOR/A (T.S.)	AÑO	FUENTE	RESUMEN
Doc-1. “Educación para la salud dirigido a cuidadores informales de Enfermos encamados y semien-camados en el área de salud de Cuenca.	Carmen Escós Quílez Ana Isabel Payán Martínez Nuria Yubero Bascañana Mª Ángeles Santos Sanz Abilia Olivares Contreras	2001	TS y Salud (Nº 40)	Programa de educación para la salud en Área de Salud de Cuenca
Doc.- 2 “Programa para cuidadores de Enfermos de Alzheimer”	Rosa Garriga Blasco Irene Vicente Zuerras	2003	SS y Política Social (Nº61)	Programa de intervención que pretende ser una pequeña guía para los profesionales interesados en realizar una intervención grupal con cuidadores de persona con enfermedad de Alzheimer
Doc-3 “El Trabajo Social Sanitario con familias de los Enfermos de Alzheimer”	Emilia Fernández Fernández	2009	Documentos TS (Nº 45)	Expone las intervenciones a nivel individual, grupal y comunitario. En el nivel grupal desarrolla un proyecto grupal de apoyo

Doc.- 4 “Proyecto de trabajo grupal con mujeres cuidadoras principales informales de familias mayores dependiente”	Gloria Núñez Castillo (coautoría con una Enfermera)	2001	Cuadernos de TS (Nº 14)	Proyecto que persigue incidir en la mejora de la calidad de vida de la mujer cuidadora principal
Doc.- 5 “Taller de cuidadores/as de Personas dependientes”	Gemma Cruz Domínguez José Luis Sainz Muñoz Silvia Román Zurita	2005	TS Hoy (Nº 44)	Experiencia de carácter educativo, con cuidadores/as de personas dependientes en el ámbito de los Servicios Sociales Municipales
Doc-6 “Trabajo Social y cuidadores informales: análisis de la situación actual y propuesta intervención”	Caridad Fuentes Fernández (Coautoría con una Psicóloga)	2014	TS Hoy (Nº 71)	Propuesta de intervención educativa con cuidadores desde Servicios Sociales Municipales
Doc-7 “Intervención social en Proyecto educación para la salud a cuidadoras informales”	Mª Elena Díaz Palacios	2006	TS y Salud (Nº54)	Proyecto de Educación para la salud a cuidadoras informales
Doc-8 “Taller :Cuidando al cuidador”	Beatriz Montero De Espinosa Aldana (Coautoría con un Enfermero y una alumna TS)	2006	TS y Salud (Nº55)	Taller grupal de formación para cuidadoras principales
Doc-9 “Grupo-taller cuidar de los cuidadores”	Raquel Alonso Segura Mª Ángeles Martínez Meca	2006	TS y Salud (Nº55)	Grupo-taller para mejorar los conocimientos y la calidad de vida del cuidador y persona mayor
Doc-10 “Las familias y los cuidados a las personas mayores dependientes. Entre la reciprocidad y la ambivalencia”	Concepción Rodríguez Rodríguez	2013	Cuadernos TS (Nº 26-2)	Desarrollo de un grupo de apoyo
Doc-11 “El apoyo formal a la familia cuidadora natural”	Isabel Santana Moreno	2003	Portularia (2003)	Grupos de apoyo para cuidadores de problemáticas comunes, incluye Persona dependientes
Doc-12 “Intervención con grupos socioterapéuticos”	Ana Sánchez Fumanal	2005	Acciones e Investigación Social	Grupo socioterapéutico de atención, apoyo y ayuda al cuidador
Doc.- 13 “La intervención social en las dependencias: Programa cuidar i cuidar-se”	Josefa Rodríguez Molinet Mª Antonia Rocabayera	2005	SS.SS. y política social (nº 72)	Grupo socioterapéutico para cuidadores de enfermos de larga evolución
Doc-14 “Cuidadores de la Nova Esquerra de l’Eixample. Proyecto Compartido”	Mercedes Gil Rovira Malena Carpallo Nieto Rosa M. Pérez Franc	2014	Revista Treball Social (nº 201)	Creación y organización de grupos de apoyo a cuidadores de personas con dependencias
Doc-15 “Experiencia desde un Centro de Salud de un grupo socioterapéutico con mujeres cuidadoras de familiares dependiente”	Mª Paz Ancizu Iribarren	2003	TS y Salud (Nº45)	Expone la creación de un grupo socioterapéutico como paso previo al grupo de auto-ayuda

Sierra (2001) refiere que para llevar a cabo el análisis de datos, debemos establecer en primer lugar, una serie de **variables y categorías** para cada una de las variables cualitativas y cuantitativas, que fueron las que a continuación se exponen:

➤ *Variables de identificación:*

1. del autor o autora del escrito: autoría individual o coautoría, sexo, ámbito en el que se aplica.
2. de la persona cuidadora: sexo y características de inclusión en el programa que participa.
3. de la persona mayor: tipo o grado de dependencia

- *Variables relacionadas con los programas de intervención grupal:*
  1. tipología de programas de intervención analizados y año de publicación
  2. objetivos de cada tipo de programa.
  3. Metodología: número de sesiones y duración de las mismas, tamaño del grupo, estructura de las sesiones y temáticas abordadas.
  4. Características identificables con el modelo de ACP (Según la Guía “Cuidar, Cuidarse y Sentirse Bien” de Rodríguez et al. (2014): se consideran artículos acordes a este modelo aquellos cuyos *objetivos* sean la calidad de vida de la persona mayor y de la persona cuidadora, que promuevan la *toma de decisiones, fomenten la autonomía e independencia*, aborden *situaciones difíciles* y tengan en cuenta el *autocuidado* de la persona cuidadora, tanto a nivel de bienestar físico como emocional, así como el compartir el cuidado. Por último, también se tendrá en cuenta en esta categoría el *año* de aplicación del proyecto (tener en cuenta aquellos publicados después del 2009)
  
- *Variables relacionadas con los roles profesionales del trabajo social:*
  1. Funciones que desarrolla en la experiencia analizada
  2. Profesionales que participan

Para un análisis más exhaustivo, se elaboraron tres tablas (Anexo I, II y III), por cada variable propuesta, donde se recogían la información extraída en los 15 artículos en función de cada una de las categorías. A partir de estas tablas se hizo el análisis de las variables cuantitativas y cualitativas, dando como resultado los datos que a continuación se exponen.

## 6. Análisis descriptivo

Como hemos explicado anteriormente realizamos esta investigación en base a una muestra de 15 artículos publicados por trabajadoras y trabajadores sociales, que ponen de manifiesto su experiencia profesional en la intervención grupal con familias cuidadoras de personas dependientes. Ésta es una muestra pequeña para extraer datos generales, pero sí pueden servirnos de orientación para el fin de esta investigación. A través de las variables estudiadas destacaremos que aspectos hemos tenido en cuenta para valorar si se detecta una evolución o no de estos programas.

### 6.1. En relación a las variables de identificación

El objetivo con el análisis de esta variable es detectar, si en el tiempo de estudio que se ha establecido en esta investigación, y en base a la muestra seleccionada, se observa algún cambio o tendencia en relación a las categorías establecidas.

Tabla 6.1.1: En relación con el autor/a

Categorías		Nº	%
Tipo de autoría	Autoría	6	40%
	Coautoría	9	60%
Sexo	Mujer	14	93,3%
	Hombre	1	6,7%

Los datos que reflejan la Tabla 6.1.1, en relación a las características de los autores/as, muestran que *un 60%* de los artículos analizados han sido escritos por más de un profesional, es decir en tipo de *coautoría*. Destacar que de los 9 artículos publicados entre más de un profesional, 6 han sido escritos únicamente por profesionales del trabajo social y tan sólo 3 son artículos escritos por trabajador o trabajadora social y un profesional de otra disciplina. Si nos ceñimos al **sexo** de la autora, como podemos comprobar en dicha tabla, el *93,3%* son mujeres, dato que no es destacable, teniendo en cuenta que el trabajo social es una profesión muy feminizada.

En cuanto a la categoría de **ámbito de aplicación**, destaca con más de la mitad (*53,33%*) de los artículos, el *ámbito de atención primaria de salud*. Sí cruzamos varias variables encontramos como resultado, que la mayoría de los artículos de la muestra estudiada, son experiencias escritas en coautoría, de carácter educativo y aplicación en atención primaria de salud, y no se observan variaciones en este periodo de tiempo estudiado.

Seguido se encuentran los proyectos de aplicación en Servicios Sociales Municipales (*20%*) y los proyectos conjuntos entre salud y Servicios sociales que representan un *13,33%*. Destacar que las experiencias más recientes en tiempo (*2013/2014*) son estos proyectos conjuntos y que además son semejantes en tipo de programa (grupo de apoyo).

Es llamativo que no se haya encontrado ninguna experiencia publicada desde un recurso o servicio de apoyo a la familia como pueden ser los de atención diurna. Únicamente encontramos entre los artículos analizados un programa de intervención con personas cuidadoras vinculadas al servicio de ayuda a domicilio aplicado en el ámbito de los Servicios Sociales Municipales, y un artículo aplicado en la administración autonómica (Instituto Aragonés de Servicios Sociales) pero sin más detalles del ámbito de aplicación.

Tabla 6.1.2: perfil de la persona cuidadora

Sexo	Nº	%
Sólo para mujeres	4	27%
Sólo para hombres	0	0%
Indistinto	11	73%

Tabla 6.1.3: Criterios de inclusión

Criterios de inclusión	Nº	%
Un solo criterio de inclusión: Ser persona cuidadora	7	46,66%
Varios criterios de inclusión	8	53,33%

Sí observamos la tabla 6.1.2, en relación a la categoría **perfil de la persona cuidadora**, como podemos comprobar, los programas de intervención grupal mayoritariamente se diseñan *para personas cuidadoras en general*, independientemente del sexo, y es una característica que se ha mantenido en el tiempo sin detectarse ningún cambio. Sí es cierto

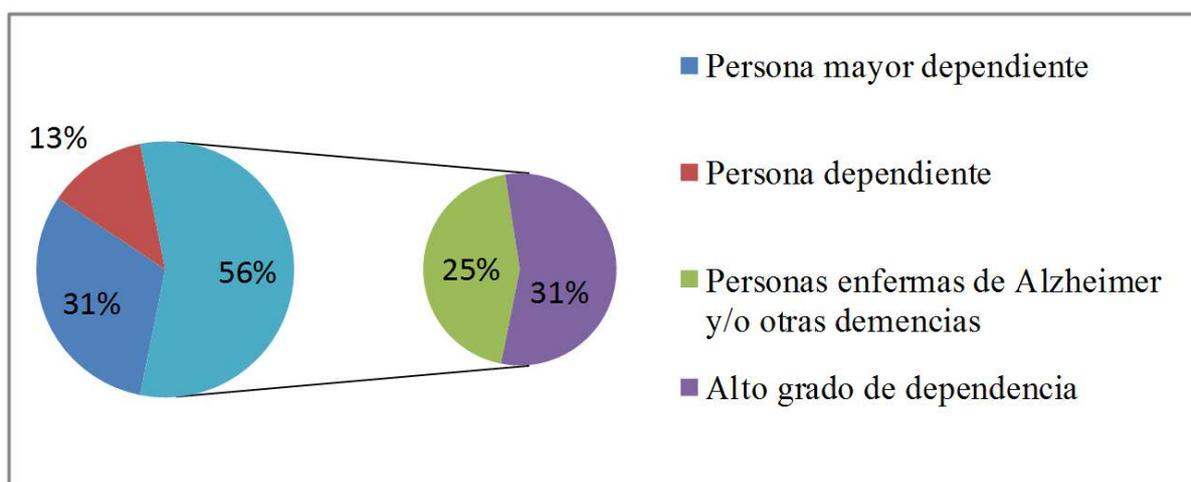
que encontramos un 27% de programas dirigidos exclusivamente mujeres, justificando sus autoras este criterio, en base a los datos estadísticos que continuamente reflejan que el papel de cuidadoras recae en mujeres.

En los artículos analizados, también hemos estudiado que **criterios de inclusión** (tabla 6.1.3) establecen los profesionales para participar en estos programas de intervención grupal con familias cuidadoras. Podemos distinguir entre aquellos programas que establecen como único criterio para acceder al mismo, el ser cuidadora o cuidador de una persona dependiente (46,66%) y aquellos programas que además del anterior añaden algún otro criterio de inclusión (53,33%), entre los que destacan principalmente:

- Sólo Carga subjetiva (nivel de estrés, carga emocional)
- Sólo Carga objetiva (cuidadores de más de un año, alto grado de dependencia de la persona cuidada, problemas de salud físicos y psicológicos en el cuidador/a)
- Ambos tipos de carga
- Estar adscritos o incluidos en algún programa, centro o entidad concreta

En cuanto a la última **categoría** estudiada dentro de las variables de identificación, la referida al **perfil de la persona mayor** a quien se dirigen los cuidados de su familiar, tal y como refleja la Figura 6.1.1 encontramos que un 31% de los artículos analizados desarrollan programas que se dirigen expresamente a cuidadores y cuidadoras de un *familiar mayor dependiente*. Unido a aquellas experiencias que generalizan la categoría de “*persona dependiente*” (13%), obtenemos que casi la mitad de las experiencias se programan para personas cuidadoras de mayores con algún tipo de dependencia, sin establecer ningún otro criterio de inclusión. El motivo por el cual determinamos que la categoría “*persona dependiente*” se asocia a una persona mayor, no es únicamente por los datos estadísticos publicados por el IMSERSO (2014) los cuales indican que el 50% de las personas dependientes son mayores de 80 años, sino que también las propias autoras de los artículos incluían dentro de su fundamentación el envejecimiento de la población y la atención a las personas mayores dependientes.

Figura 6.1.1: Perfil de la persona mayor

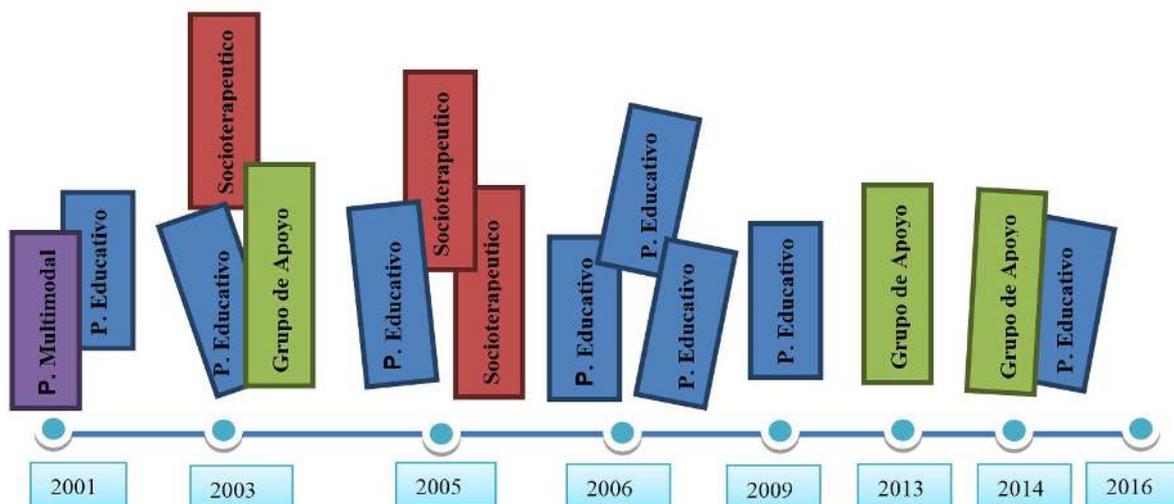


Por otro lado están aquellas experiencias que se dirigen expresamente a cuidadores y cuidadoras de un determinado tipo de dependencia como es la demencia y/o enfermedad de Alzheimer (25%), o presentar un alto nivel de dependencia (31%). Por tanto, podemos observar, que *son más de la mitad (56%)*, los programas de intervenciones grupales con personas cuidadoras de familiares con una *determinada dependencia*. Sí cruzamos este dato con el año que se ha desarrollado el programa observamos que no hay ninguna variación en el tiempo ni mayor incidencia de estas experiencias.

## 6.2. En relación a las variables según características de los programas

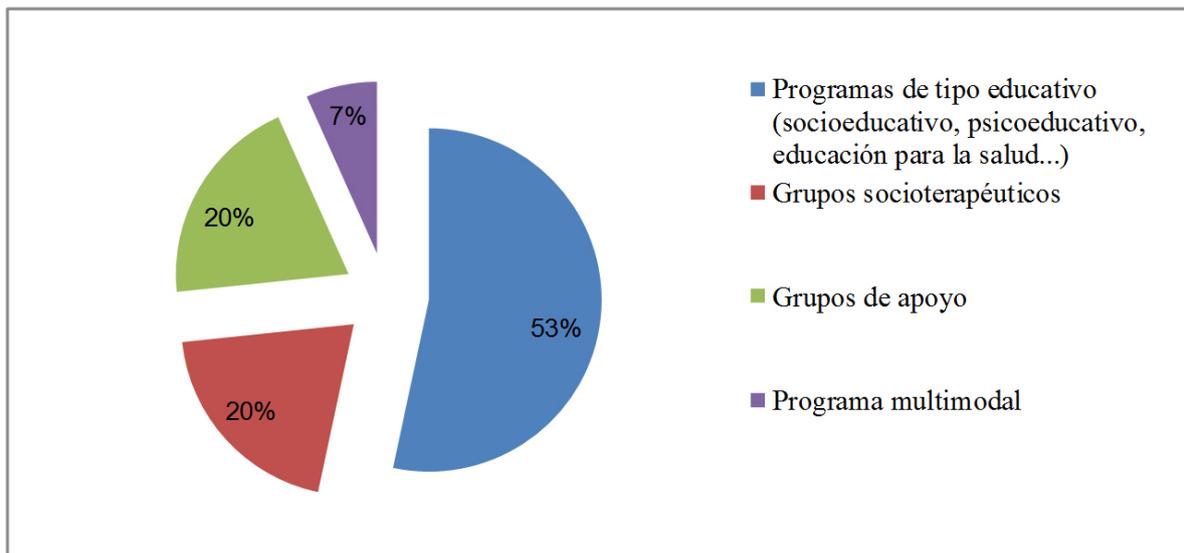
En relación a esta variable son varios los resultados que extraemos de este análisis, haciendo una valoración sobre la tipología de programas más habituales en estos años de estudio, así como de sus metodologías, la cual cómo podremos observar está muy marcada por el tipo de programa.

Figura: 6.2.1: Tipos de programas de intervención realizados según el año



En relación al **año de publicación**, solo reflejamos en la figura 6.2.1 los años con publicaciones. Tal y como podemos comprobar se observa que en los primeros seis años, **hasta 2006**, se publicó el mayor número de artículos, un total de 11 de los 15 estudiados, es decir, un 73,3%. Sin embargo en los siguientes 10 años, sólo se han publicado 4 artículos en relación a este tema. El *tipo de programas que más se ha mantenido en el tiempo* ha sido el de *carácter educativo*, que refleja ocho experiencias a lo largo de los 15 años de estudio, este hecho hace que sea más factible detectar leves cambios en este tipo de programa. En el caso de los grupos de apoyo sí tener en cuenta que son las únicas experiencias, junto con un programa educativo, realizadas en el segundo mitad del tiempo estudiado, y los más recientes en cuanto al año de aplicación.

Figura 6.2.2: Tipología de Programas de intervención grupal



Tal y como pudimos observar en la *figura 6.2.1*, a lo largo de estos quince años, hemos analizado ocho programas educativos, que abarcan desde 2001 hasta 2014. En cuanto a los grupos socioterapéuticos y grupos de apoyo hemos estudiado tres experiencias de cada tipo. En estos dos últimos casos, como hemos reflejado anteriormente, dos de los grupos de apoyo son experiencias más recientes en el tiempo, y los tres grupos socioterapéuticos fueron experiencias llevadas a cabo antes de 2006. Por lo tanto **la tendencia en los programas analizados ha sido hacia grupos de apoyo y los de carácter educativo** son los únicos que se han mantenido en el tiempo.

Tabla 6.2.1: Características de programas educativos

Programas educativos	8 (53%)
Objetivos	Formación para el cuidado y Autocuidado
Abordaje directivo	7
Estructura Sesiones	Se forma sobre temas decididos por los profesionales. Parte final de la sesión para dudas y reflexiones
Media de sesiones	6 u 8
Media de Participantes	8 y 10
Modelo de ACP (nº de aspectos coincidentes con el modelo)	El artículo de 2014 coincide en todos los aspectos seleccionados con el modelo de ACP

Los **Programas de tipo educativo**, son más de la mitad de los artículos analizados (53%). En esta categoría encontramos dos programas que claramente sus autoras los describen como programas socioeducativos<sup>4</sup>, y que cumplen las características de los mismos, tal y

.....

4 Alonso Segura, R. (2006), Doc nº 9 y Fernández Fernández, E. (2009), Doc. Nº 3

como los describe Roseell (2014). Por otro lado encontramos dos artículos, cuyas autoras<sup>5</sup> no especifican el tipo de programa. Se desprende, por el carácter educativo de su metodología y por el rol de la trabajadora social (coordinadora/conductora del programa) que se podrían considerar de tipo socioeducativo. Por otro lado, dentro de esta tipo de programas, hemos estudiado dos artículos descritos como programas de “Educación para la salud”<sup>6</sup> y dos artículos cuyas autoras no especifican su tipología, pero que podrían enmarcarse en los que autores como Martínez (2010) o López y Crespo (2007) denominan Programas Psicoeducativos<sup>7</sup>, es decir, “acciones formativas con doble objetivo, dotar a las personas cuidadoras de conocimientos y habilidades” y “desarrollar en la persona cuidadora, habilidades relacionadas con su autocuidado”. (Martínez, 2010, p. 129). En el análisis de los artículos observamos que en esta modalidad Psicoeducativa, las sesiones son impartidas por profesionales de distintas disciplinas en función de la temática a tratar. Es destacable el hecho, que de ocho artículos, en la mitad de ellos las autoras no definan expresamente que tipo de programa están desarrollando y debamos deducirlo por sus características.

Siguiendo con el análisis, los programas educativos no sólo son el tipo de programa más utilizado, sino que se ha mantenido en el tiempo. El ámbito en el que más se han aplicado, según esta muestra, es en *atención primaria de salud*, (62,5%).

Otras características de los programas de carácter formativo son **el tipo de abordaje técnico** en la conducción del grupo. Rosell (2014), distingue entre *Abordaje Directivo* (el profesional tiene un papel central y activo en el grupo); *Abordaje no directivo* (el profesional conduce el grupo a partir de fenómenos y contenidos propuestos por el grupo); y *Abordaje semidirectivo* (El Trabajador/a introduce un programa de temas o actividades como medio para dinamizar el grupo, y con técnicas de representación, cambio de roles, expresión de deseos...). En este aspecto *7 de los 8 artículos*, utilizan una metodología *directiva* en su conducción. En cuanto a **otros aspectos de la metodología**, reflejar que la media de sesiones que contienen estos programas son 6 u 8 sesiones de hora y media, y con una media de participantes de entre 8 y 10 personas.

Sí nos centramos en los **objetivos generales** de este tipo de programas, podemos observar que el denominador común es el objetivo de formación de la persona cuidadora y de autocuidado. Observamos que hay **un leve cambio** con el paso del tiempo en estas experiencias. Y para un mejor análisis, hemos recogido por un lado aquellos temas relacionados con el cuidado del cuidador, es decir, el autocuidado, y por otro lado, los temas relacionados con aspectos del cuidado.

A pesar de que en todos los artículos estudiados se abordan ambas temáticas, sí observamos, que en los dos últimos artículos publicados en 2009 y 2014, respectivamente, se observa un peso más equitativo entre ambas temáticas, dando de este modo más importancia al autocuidado de la persona cuidadora, que sí era abordado en las experiencias anteriores pero en menos profundidad.

.....

5 Fuentes Fernández, C y Moro Gutiérrez, L. (2014) Doc. N° 6 y Garriga Blasco, R. y Vicente Zuera, I. (2003) Doc. n° 2

6 Escós Quílez y Otros (2001), Doc. N° 1 y Díaz Palacios, E. (2006), Doc. N° 7

7 Cruz Domínguez y otros (2005), Doc. N° 5 y Montero de Espinos y otros (2006), Doc. N° 8

Este ligero cambio podría asociarse al modelo de ACP, que como pudimos ver en la guía de Rodríguez et al. (2014) destaca el autocuidado tanto de la mente como del cuerpo y el cuidado compartido. En este sentido el último proyecto educativo (2014) publicado en la muestra estudiada, sí podría reflejar un cambio acorde a este modelo, dado que es la primera y única experiencias que cumple con todas las características identificables en este modelo.

**Tabla 6.2.2: Característica de los Grupos Socioterapéuticos**

<b>Programas Socioterapéuticos</b>	3 (20%)
<b>Objetivos</b>	Expresar sentimientos, espacio de encuentro. Capacidad de ayuda entre cuidadores/as.
<b>Abordaje Semidirectivo</b>	3
<b>Estructura Sesiones</b>	El profesional decide la temática a introducir para debatir y reflexionar.
<b>Media de sesiones</b>	10
<b>Media de participantes</b>	12
<b>Modelo de ACP (n° de aspectos coincidentes con el modelo)</b>	Ninguno de los tres artículos coincide en más de 2 características.

En el caso de los **Grupos Socioterapéuticos** las tres experiencias analizadas, son descritas por sus autoras como programas de esta tipología y sus **objetivos generales** dan más peso a la parte emocional y de expresión de sentimientos y buscan tratar las dificultades que conflictúan y producen sufrimiento en las personas, tal y como describe Rossell (2014).

En estos grupos, el abordaje es semidirectivo en los tres casos, cumpliendo una de las características de la **metodología empleada** en estos grupos. En cuanto a aspectos, como la media de sesiones o de participantes, decir que varía poco en relación a los programas educativos, en este caso, la media de sesiones es de 10 y de participantes en 12 personas. Una diferencia con otro tipo de programas de intervención estriba en la **estructura de la sesión**, dado que en los grupos socioterapéuticos no se forma sobre un tema, sino que el profesional introduce una temática sobre la que reflexionar (normalmente relacionada con el bienestar emocional de la cuidadora), y a continuación se establece el tiempo de debate y de intercambio de experiencias.

Las autoras de los artículos de experiencias tanto de grupos socioterapéuticos como de grupos de apoyo, coinciden que son programas previos a la formación de un grupo de ayuda mutua.

En el caso de este tipo de grupo no se puede valorar una evolución dado que las experiencias analizadas además de ser escasas se refieren a antes de 2006, sus características son similares en las tres experiencias y la influencia del modelo de ACP, no se detecta dado que la incorporación de este modelo en nuestro país fue posterior.

**Tabla 6.2.3: Características de los Grupos de Apoyo**

<b>Grupo de Apoyo</b>	3 (20%)
<b>Objetivos</b>	Espacios de reflexión para compartir y expresar sentimientos. Únicamente se centra en el autocuidado
<b>Abordaje Semidirectivo</b>	2
<b>Estructura de las sesiones</b>	Espacios abiertos de reflexión
<b>Media sesiones</b>	No establece. Duración media de un año
<b>Número Participantes</b>	Máximo 12
<b>Modelo de ACP (nº de aspectos coincidentes con el modelo)</b>	Dos de los tres artículos coinciden en 3 características

En relación a los **Grupos de Apoyo**, son varios autores y autoras los que los definen como un paso previo, es el caso de la trabajadora social Yolanda Domenench que describe “ la mayoría de los grupos que se potencian desde el Trabajo Social comienzan siendo grupos de apoyo donde la dirección corre a cuenta de un profesional para pasar, en un segundo momento y cuando el grupo esté preparado, a funcionar sin la dirección de ningún profesional, esto es, a regirse y funcionar como grupos de autoayuda” (Domenech, 1998, p.186)

De este tipo de programas, hemos podido analizar 3 experiencias, que cumplen las características y **objetivos** propios de esta modalidad, es decir, facilitar un espacio para ofrecer apoyo entre sus miembros, de modo que a través del intercambio de experiencias superen situaciones difíciles. Podemos afirmar que los artículos estudiados recogen una **metodología** propicia para conseguir este objetivo, como es: tener grupos cerrados y pequeños (no más de 12), sin un número determinado de sesiones en ninguno de los casos, sólo se menciona el tiempo de duración en torno al año y medio, y que se desprende un abordaje semidirectivo (en 2 de los artículos) y no directivo.

En cuanto a la **estructura de las sesiones**, se describen como espacios de reflexión para compartir y expresar emociones y buscando evitar sentimientos de aislamiento y soledad. Por tanto este tipo de grupo se centra únicamente en el cuidado y bienestar emocional del cuidador/a.

**Tabla 6.2.3: Características del modelo de atención centrado en la persona identificados en los programas de intervención grupal**

<b>Características identificables con el modelo ACP</b>	<b>Nº de artículos/total de artículos por programa</b>
Experiencia posterior a 2009	2 de los 8 programas educativos 2 de los 3 grupos de apoyo
Objetivo de calidad de vida de la persona mayor y de la persona cuidadora	3 de los 8 programas educativos
Estrategias de afrontamiento de situaciones difíciles	3 de los 8 programas educativos 2 de los 3 grupos de apoyo
Autocuidado físico de la persona cuidadora	1 de los 8 programas educativos
Autocuidado emocional de la persona cuidadora	5 de los 8 programas educativos 3 de los 3 grupos de apoyo 3 de los 3 grupos socioterapéuticos En el programa multimodal
Autocuidado: compartir el cuidado	En los 8 programas educativos En el programa multimodal
Fomento de la dignidad y la toma de decisiones de la persona mayor	1 de los 8 programas educativos

En cuanto a la variable relacionada con la influencia **del modelo ACP**, como podemos observar en la tabla 6.2.4 en los artículos analizados los grupos de apoyo reflejan más características de este modelo en comparación con los grupos socioterapéuticos, es decir, se identifican en 3 de las categorías en contraposición con la tipología socioterapéutica que sólo es coincidente en una de las características.

Dos de los tres artículos de grupos de apoyo, son posteriores a la introducción del modelo en nuestro país y se detecta que en los dos artículos más recientes adquieren más peso las temáticas de autocuidado a nivel emocional y las estrategias de afrontamiento.

Finalmente, queda un artículo publicado en 2001 (*doc. nº 4*) por analizar. Sus autoras no especifican en ningún momento la tipología del mismo. Es el único caso que podría parecerse a los **programas multicomponentes o multimodales** de la clasificación que realizan Crespo y López (2006), que recoge características de más de un tipo de programas. Esta experiencia en concreto, expone características en su metodología, de carácter educativo, dado que tiene sesiones sobre conocimiento y habilidades, a la vez que utiliza un método grupal que potencia la participación y un espacio de reflexión crítica. Buscando abordar situaciones sentidas o vividas como carga, malestar o problema por los cuidadores. No especifica el número de sesiones aunque sí establecen el número de participantes en máximo 15 personas. Con estas características podría considerarse multimodal al recoger aspectos de los programas educativos y de los grupos socioterapéuticos.

### 6.3. En relación a las variables relacionadas con el rol profesional

Coordinación, información, formación, observación, supervisión, conducción apoyo y asesoramiento. Son muchas las **funciones** que los profesionales del trabajo social podemos adoptar en la intervención grupal y no se detecta ningún cambio en este tiempo de estudio en cuanto a esta variable. Las funciones van a variar en gran medida según la tipología del programa. Sí es cierto que tras el análisis de los datos extraídos, sólo en dos casos la trabajadora social ejercía una sola función, en concreto de coordinadora o de formadora, en el resto de las 13 experiencias, su rol abarcaba más de una función.

**Figura 6.3.1: Funciones más comunes de los profesionales del trabajo social en los programas de intervención grupal**



La función más común, que se recoge en 12 de los artículos analizados, es la de *coordinación del grupo*, programa o curso, bien de manera individual o bien en equipo con otros profesionales, y que ejerce la trabajadora social indistintamente del tipo de programa. La segunda función más repetida entre los programas es la *de conductores del grupo*, que se recoge en 9 experiencias.

En cuanto a las **funciones según tipología de programa**, la de *conducción* es más común en los *grupos de apoyo o socioterapéuticos* por su propia metodología, que busca fomentar espacios de reflexión y de intercambio de experiencias, sin embargo en los programas de carácter *educativo*, es más habitual la función de *formadora*, que no aparece en los dos anteriores.

En cuanto al desarrollo de los programas junto con **profesionales de otras disciplinas**, es común en los programas educativos, donde se suele trabajar junto con profesionales expertos en las temáticas a tratar en las sesiones (psicología, neurología, terapia ocupacional, enfermería, abogacía...). Es habitual contar con profesionales principalmente del ámbito de la salud, teniendo en cuenta las temáticas de los grupos y el ámbito desde el que más se ha publicado y aplicado.

En los grupos de apoyo, dos de los tres artículos, no expresan la colaboración con otros profesionales, sólo menciona a la trabajadora social como profesional y en los grupos socioterapéuticos, es al contrario, dos de los tres si especifican la implicación de profesionales de otras disciplinas. Por tanto, 10 de los 15 artículos mencionan otros roles profesionales, lo que transmite el carácter multidisciplinar de este tipo de intervención.

Por último en cuanto a los resultados o **conclusiones más comunes** que destacan sus autoras en cada artículo, están:

- Repercusión positiva en el bienestar emocional de la persona cuidadora
- Adquisición de conocimientos
- El llegar a configurar grupos de ayuda mutua

## 7. Conclusiones y propuestas

Esta investigación se inicia por un interés profesional en observar la intervención grupal con familias cuidadoras desde la disciplina del trabajo social. Aunque la muestra utilizada es pequeña para poder realizar afirmaciones generalizables, sí podemos realizar las siguientes conclusiones:

En primer lugar destacar la categoría de tiempo, concretamente en relación al **año de publicación**. Puesto que esta investigación tiene como objetivo analizar si existe algún tipo de evolución en un tramo de años determinado, hemos comprobado en esta pequeña muestra, que son más numerosas las publicaciones de la primera mitad de tiempo, es decir, **antes de 2006**, dado que se publicaron un **73%** de los artículos.

Sin embargo, a partir de este año las publicaciones son escasas. Teniendo en cuenta que la LPAD se aprobó en 2006, y cuya atención se dirige a las personas en situación de dependencia así como apoyo a sus familias, nos hace pensar que ha podido influir la tendencia en la aplicación de servicios y prestaciones, sobre todo los primeros años. Según la Asociación

Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, en su dictamen del 2016, recuerdan que la prestación económica por cuidados en el entorno familiar fue la más socorrida al inicio de su aplicación, llegando en 2008 a recibirla el 57% de las personas atendidas. Esto puede dar a entender, **que la concesión de esta prestación no ha ido acompañada de este tipo de programas de intervención**, a pesar de que la ley contempla la formación de cuidadores y cuidadoras en su artículo 36.

Por otro lado, es destacable mencionar que en el periodo analizado observamos una tendencia hacia publicaciones de proyectos que se han aplicado mayoritariamente en el **ámbito** de atención primaria de **salud**, y resaltar, por otro lado, los dos proyectos más recientes en tiempo, que fueron trabajos conjuntos entre salud y servicios sociales municipales, concretamente experiencias de Grupos de Apoyo. Como ya hemos mencionado, sí llama la atención, el no haber encontrado ningún artículo que se aplicara en un servicio de apoyo a la familia de personas dependientes, como pueden ser los Centro de Día.

Un aspecto que sí hemos podido analizar y que observamos tendencia, es sobre el **perfil de las personas cuidadoras y las persona cuidadas**. Se ha comprobado que los programas estudiados se dirigían a personas cuidadoras que, aunque no se establecieron distinciones por sexo, se tiende a establecer algún criterio más añadido, como personas que ya tuvieran cierto nivel de sobrecarga. Lo mismo ocurre con el perfil de la persona mayor, los artículos analizados tienden a dirigirse a personas con patologías concretas y que requieren una mayor atención por parte de sus familiares, como son personas con demencia tipo Alzheimer o con alto grado de dependencia, características que repercuten en una mayor sensación de sobrecarga tanto objetiva como subjetiva.

En relación a la **tipología de programas de intervención grupal**, hemos podido analizar experiencias que coinciden con la clasificación de López y Crespo (2007), pudiendo de esta manera observar los distintos tipos. Sólo los **programas educativos** se han mantenido en el tiempo de estudio, esto permite concluir que ha sido la tipología más utilizada por los profesionales para intervenir con familias cuidadoras. Del resto de tipología, sólo consideramos destacable mencionar los **grupos de apoyo** que junto con uno de carácter educativo, son las experiencias **más recientes**.

El **análisis metodológico** se realizó por tipo de programas, y consideramos únicamente reseñable los de carácter educativo al ser los mayoritarios. Vemos que en estos 15 años ha sido muy similar, manteniendo un esquema común de número de sesiones, duración o media de participantes. Sí se detectan **pequeñas variaciones**, en relación al contenido de las sesiones. Los temas relacionados con **el autocuidado**, en especial con el bienestar emocional, parecen haber alcanzado más importancia a lo largo de ese tiempo. En experiencias anteriores se observaban algunas sesiones que abordaban el estado emocional de la persona cuidadora o realizaban sesiones prácticas de relajación y respiración. Pero en los últimos artículos analizados entre 2009 y 2014 se detecta que hay un reparto más equitativo entre temas de cuidado y de autocuidado, hasta llegar al último programa de carácter educativo publicado en 2014 que es destacable porque presenta las temáticas y características del modelo ACP que seleccionamos para su identificación.

Uno de los objetivos de esta investigación era conocer, si efectivamente, este **modelo de atención** estaba teniendo algún tipo de influencia en los programas de intervención grupal y para ello se establecieron una serie de aspectos identificables a este modelo. Como

ya pudimos ver se evidencia un cambio en los programas educativos. Con los años han sido más los aspectos coincidentes con dicho modelo y tiene su lógica que se haya observado en los programas de carácter educativo dado que este modelo no deja de necesitar una parte formativa para sensibilizar a profesionales, familiares y las propias personas mayores.

**A modo de conclusión final**, podemos afirmar que los programas de intervención grupal analizados no han variado a nivel metodológico, dado que como hemos podido observar tanto el desarrollo de los mismos como el rol del trabajador/a social no ha cambiado. Lo que sí se observa es un cambio en el objeto de atención, hemos visto que se ha pasado de formar a las familias, prioritariamente, en la calidad del cuidado, a poner en valor al mismo nivel, la importancia tanto del cuidado como del autocuidado, y en concreto de su bienestar emocional. Para ello se ha tendido en las últimas experiencias estudiadas hacia programas que priorizan este tipo de objetivos.

Consideramos importante y **como propuesta de esta investigación**, transmitir y formar sobre el modelo de atención centrado en la persona no sólo a equipos profesionales, sino la importancia de sensibilizar a las propias familias sobre este modelo, de modo que repercuta en la atención a las personas mayores dependientes tanto desde los servicios como desde el entorno familiar.

Para lograr la calidad de vida de las personas con las que trabajamos, tanto profesionales como familias deben ser conscientes de los principios que supone este modelo de respeto hacia la persona, hacia su historia de vida y su proyecto vital. Debemos apoyar a las familias en su papel, sea de representantes como de acompañantes, para asegurar el respeto en la toma de decisiones de la persona mayor y que aquellas decisiones que se tomen en su nombre sean acordes a sus gustos y preferencias.

Para lograrlo debemos incluir en los programas sobretodo educativos, sesiones para trabajar con ellas aspectos del cuidado desde la ACP fomentando la independencia y la autonomía y no olvidando la identidad personal, en especial como hemos mencionado, de aquellas con mayor grado de dependencia y heteronomía.

Pero a la vez debemos ser conscientes de la importancia de intervenir paralelamente para cubrir las necesidades de apoyo y bienestar emocional de las cuidadoras y cuidadores, para lograr la calidad de vida tanto de la persona mayor como de la persona cuidadora.

Un estudio sobre esta temática, cuando el modelo de atención estuviera más consolidado, nos permitiría confirmar esta posible tendencia.

## 8. Bibliografía

- Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. (2017). XVII Dictamen del Observatorio. Obtenido el 15 de junio de 2017, de <http://www.directoressociales.com/images/documentos/Dependencia/XVII%20DICTAMEN%20OBSERV%20jmr.pdf>
- Arriola, M.J. y Beloki, U. (2006). La persona mayor dependiente y su familia: Nuevas formas de relación. *Acciones e Investigación Social* nº 1 Extraordinario. (p. 256)
- Carretero, S; Garcés, J.; Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2006). *La Sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Valencia: Tirant lo Blanch
- Consejo General del Trabajo Social (2012). Código Deontológico del Trabajo Social. Artículo 17. Consultado el 5 de febrero de 2017, de [https://www.cgtrabajosocial.es/codigo\\_deontologico](https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico)
- Crespo, M.; López, J. (2006): El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar. Desarrollo del programa “Cómo mantener tú bienestar”. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO
- Domenench, Y. (1998): Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. *Cuadernos de Trabajo Social*. Nº 6, Pg. 186
- Ezquerro, S. (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*. Vol. 2. Pg. 175-194
- Fernández, E. (2009). El Trabajo Social Sanitario con las familias de los enfermos de Alzheimer. *Documentos de Trabajo Social*. Nº 45, Pg. 20-37
- España. Instituto Nacional de Estadística. (2016). Obtenida el 12 de marzo de 2017, de <http://www.ine.es/prensa/np980.pdf>
- España. Instituto de Mayores y Servicios sociales. (2014). “Informe 2014. Las Personas Mayores en España”. Obtenida el 12 de marzo de 2017, de [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029\\_info2014pm.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf)
- Julve, M. (2006). Dependencia y cuidado: Implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. *Acciones e Investigación Social*. Nº 1 Extraordinario. (p 260)
- España. 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*, de 15 de diciembre de 2006, nº 299, pp. 44142-4156
- España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004). *Atención a personas en situación de dependencia en España*. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO
- López, J; Crespo, M (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: Una revisión. *Trabajo Social Hoy*. Vol. 19, Pg. 77-79
- Navarro, V. (2016). Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación desde el Trabajo Social”. *Trabajo Social Hoy*. Nº 77, pp. 63-83.
- Martínez, T. (2010): *Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia*. Madrid: Medica Panamericana

- Martínez, T. (2011): Atención gerontológica centrada en la persona. Vitoria-Gasteiz.: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Martínez, T. (2015). Tesis Doctoral La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelo de atención e instrumentos de evaluación. Oviedo: Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología.
- Rodríguez, P. (Ed.). (2013). Atención Integral y Centrada en la Persona. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Rodríguez, P (Ed.), Díaz-Veiga, P., Martínez, T. y García, A. (2014) “Cuidar, Cuidarse y Sentirse Bien. Guía para persona cuidadoras desde el modelo de atención integral y centrada en la persona. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Rogero, J. (2009). Tiempos del Cuidado. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. IMSERSO
- Rosell, T. (2014). Método y modalidades del trabajo social de grupo. Revista Treball Social. N° 201, Pg. 10-18
- Sercuidador: El portal de las Cuidadoras y los Cuidadores (2010). Guía de cuidados-Quiero cuidarme mejor. Consultado el 31 de enero 2017, <http://www.sercuidador.org/Que-significa-ser-una-cuidadora-y-cuidador-1.html>
- Sierra, R. (2001). Técnicas de investigación social. Madrid: Paraninfo
- Vázquez J. (2010). El desarrollo de políticas sociales de atención a la Dependencia en España. Una propuesta metodológica para el estudio comparado sobre estrategias familiares de cuidados. Un ejemplo práctico Andalucía y Cataluña. Documentos de Trabajo Social. N° 52, pp. 200-222
- Vázquez, O. (2010). Las Revistas de Trabajo Social en España. Trabajo Social Global. Vol. 1, n° 1, pp. 103-126
- Bilbao. Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao. Zaintzea: Centro Municipal de Apoyo a Familiares Cuidadores. Guía para personas cuidadoras. Consultado el 5 de febrero de 2017, <http://www.zaintzea.org/guia/guia.asp?id=3&titulo=Consecuencias>

## 9. Anexos

ANEXO I: Cuadro de variables de identificación por artículos					
DOCUMENTO	AUTOR/A			PERFIL DE LA PERSONA CUIDADORA	PERFIL DE LA PERSONA MAYOR
	Cuantos autoras/es y sexo	Año	Ámbito de aplicación	criterios de inclusión en el programa expuesto	
Doc. n°: "Título"  Tipo de programa				Sexo de la persona cuidadora  Criterios de inclusión:	Tipo o grado de dependencia

ANEXO II: Cuadro variables de los programas de intervención por artículos							
TIPOLOGÍA DE PROGRAMA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA					MODELO ACP
Documento		N° de sesiones y duración de las mismas	Tamaño del grupo	Estructura de las sesiones	Temáticas abordadas Autocuidado	Temáticas abordadas: Aspectos del cuidado	Características identificables en base a la guía de Rodríguez y Otros (2014)
Doc. n° 1: "Título"  Tipo de programa  Año							<input type="checkbox"/> Experiencia posterior a 2009 <input type="checkbox"/> Calidad de vida de la persona mayor y persona cuidadora <input type="checkbox"/> En los temas de aspectos del cuidado, fomentar autonomía e independencia de la persona mayor <input type="checkbox"/> Estrategias de afrontamiento de situaciones difíciles <input type="checkbox"/> Autocuidado (físico) <input type="checkbox"/> Autocuidado (bienestar emocional) <input type="checkbox"/> Autocuidado (compartir el cuidado)

ANEXO III: Cuadro de variables relacionadas con el rol profesional			
DOCUMENTO	TIPO DE PROGRAMA	PROFESIONALES IMPLICADOS	ROL O ROLES DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA SOCIAL
Doc. n°: "Título"  Año			