



UNIVERSIDAD  
DE GRANADA

---

Facultad de Psicología.

GRADO EN PSICOLOGÍA.

TRABAJO FIN DE GRADO

**Programa de  
intervención para  
mujeres mayores  
cuidadoras con  
Síndrome de *Burnout*.**

Presentado por:

D<sup>a</sup>. Paula Montesdeoca Cerdeira.

Tutora:

Profa. y tutora: Elena Navarro González.

Curso académico 2020/2021.



**UNIVERSIDAD  
DE GRANADA**



## **Declaración de Originalidad del TFG**

Dña. Paula Montesdeoca Cerdeira A declaro que

el presente Trabajo de Investigación es original, no habiéndose utilizado fuente sin ser citadas debidamente. En caso de TFGs vinculados con las Prácticas Externas, declaro que el TFG es un trabajo con entidad independiente a la memoria de prácticas presentada. Para que conste así lo firmo el presente en

Firma del estudiante:

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero estudiantes, cuya finalidad es el almacenamiento de datos personales, académicos y administrativos de los estudiantes de la Universidad de Granada para la gestión de sus expedientes, con las cesiones previstas legalmente. El órgano responsable del fichero es la Secretaría General de la Universidad de Granada, y la dirección donde la persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición es “Secretaría General de la Universidad de Granada. Avda. del Hospicio s/n, Hospital Real, 18071, Granada”. De todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.

## Resumen:

A finales del Siglo XX, apareció la denominada “crisis de los cuidados”, debido a la incorporación de la mujer en el trabajo. Desde entonces, las mujeres mayores han asumido el rol de cuidadoras tanto de otros familiares mayores (marido, madre, padre, hermano, etc.) como de los nietos. Si bien son muchos los beneficios encontrados de proveer cuidado a familiares, también se han identificado una serie de consecuencias negativas, siendo una de ellas el desarrollo de sintomatología similar al Síndrome de Burnout debido a la sobrecarga a la que se ven expuestas. No obstante, a pesar de la gran evidencia de mujeres mayores que brindan cuidados simultáneamente tanto a familiares de la red ascendente como descendente, no se han encontrado en la literatura científica programas de intervención dirigidos a esta población. Es por ello que el objetivo de este trabajo es ofrecer un programa de intervención destinado a mujeres mayores que desempeñan el rol de cuidadoras tanto de familiares mayores como de nietos.

## 1. Introducción.

Según el último recuento del Instituto Nacional de Estadística (INE), a día uno de enero de 2020 la población española ascendía a 47.450.795 personas, siendo el 19,5% personas mayores de 65 años (INE, 2020). El envejecimiento de la población es evidente como consecuencia, principalmente, del aumento de la esperanza de vida y del descenso de la natalidad (Pérez Díaz et. al., 2020). Asimismo, si tenemos en cuenta las diferencias en cuanto al sexo de la población mayor española, se observa una feminización de la vejez puesto que el 56,7% son mujeres en contraposición con el 43,3% perteneciente a los hombres (INE, 2020).

Si bien es cierto que estos datos muestran el grueso de la población española a nivel individual, es evidente que cada uno de nosotros estamos ligados de alguna manera a un grupo de personas siendo uno de estos lazos el familiar, dentro del cual uno de los roles más comunes que se desempeña es el rol del cuidador.

Desde una perspectiva de género, la asunción del rol de cuidador suele recaer en el sexo femenino (Ramos Toro, 2018), debido, principalmente, a la construcción desde un ángulo patriarcal de las identidades de género (Comas d'Argemir, 2014). Sin embargo, desde finales del Siglo XX y, gracias a los movimientos feministas que permitieron la entrada de las mujeres en el mercado laboral, se produjo lo que se denomina “crisis de los cuidados” (Comas d'Argemir, 2014) lo cual propició un reajuste de los roles domésticos entre sexos aunque sin un cambio significativo (Luna, 2018). Según un informe elaborado en 2014 por la plataforma Envejecimiento en Red (Pérez Díaz et. al., 2020) las mujeres con una edad menor de 65 años (sobre todo aquellas entre 45 y 64 años), aportaban casi la mitad (48,4%) de la totalidad de cuidado; mientras que los hombres de la misma edad proporcionaban un 18,9%. En la misma línea, las mujeres mayores de 65 años también suministraban un mayor tiempo de cuidado en contraposición con los hombres de su misma edad, 18,4% y 14,2% respectivamente (Pérez Díaz et. al., 2020). Por tanto, teniendo en cuenta los datos expuestos se podría afirmar que, en su mayoría, son las mujeres de mediana edad y comienzos de una edad más avanzada las que se encargan del cuidado de personas mayores.

No obstante, debe tomarse en consideración que, en muchas ocasiones, el cuidado de estas personas mayores coincide con el cuidado de familiares de la red descendente (ejemplo: nietos). Retomando lo comentado anteriormente, debido a la inserción de las mujeres en el mercado laboral, la provisión de apoyo y cuidado familiar pasó a ser responsabilidad de las mujeres mayores de la familia (Ramos Toro, 2018). Datos del IMSERSO (2010) señalan que en España las abuelas cuidan a sus nietos una media de 6,2 horas al día. Otros datos indican que el perfil de la persona que proporciona los cuidados en el área familiar es el siguiente: en un 94% de los casos se trata de una mujer, tienen más de cincuenta años el 56% y un 22% superan los sesenta años (IMSERSO, 2011b citado en Ramos Toro, 2018, p.94). Centrándonos en el caso de Andalucía, según datos del Instituto de Estadística de Andalucía, el 39% de las personas mayores que tienen nietos son abuelos cuidadores; destinando las abuelas una media semanal de 40 horas al cuidado de los nietos mientras que los abuelos destinan una media en torno a 7-14 horas (Consejería de Salud y Familias, 2013).

Esta situación, como puede observarse, tiene una alta incidencia en aquellas personas, sobre todo en mujeres, que forman parte de lo que se denomina *generación sándwich*. Este término hace referencia a un cohorte poblacional que se sitúa entre una generación mayor y otra más joven (Luna, 2018). Por tanto, alude a un grupo de personas que proporcionan cuidado tanto a hijos como padres mayores (Noor y Md Isa, 2020). Este rol de cuidador tiene un impacto tanto positivo como negativo en las personas que lo ejercen. Por tanto, a continuación, se comentarán dichos efectos que este rol tiene sobre las personas cuidadoras.

En cuanto a los efectos positivos del cuidado de personas mayores dependientes se ha encontrado un incremento de la autoestima y de la satisfacción debido al sentimiento de que la persona cuidada está siendo atendida correctamente (Flores et. al., 2012). Asimismo, este tipo de cuidado también genera en la persona cuidadora un sentimiento de utilidad y agradecimiento, dado que aumenta la proximidad y conexión entre ambas (Revenson, 2016). En contraposición, los efectos negativos del cuidado de personas mayores dependientes se asocian con cansancio elevado, soledad, aislamiento social, estrés,

empeoramiento de la salud física y mental y sobrecarga de trabajo y responsabilidad (Flores et. al., 2012).

Por otro lado, en relación a los efectos positivos del cuidado de nietos destacan el sentimiento de utilidad, orgullo, productividad, satisfacción y de refuerzo emocional por el contacto con ellos, ya que, si no desempeñasen este rol, la frecuencia de contacto sería menor (Quevedo-León y Alvarado, 2018). También algunas de estas personas mayores a cargo del cuidado de sus nietos afirman que se sienten más jóvenes, más activos y con una menor frecuencia de sentimientos de soledad (Quevedo-León y Alvarado, 2018). En contraste, los efectos negativos de proporcionar este cuidado a los nietos hacen referencia a sentimientos de sobrecarga, cansancio, estrés, soledad (debido a la reducción del círculo social con sus iguales), aislamiento social, tensión, disminución del tiempo libre y libertad para administrar el tiempo, descenso del autocuidado y problemas de salud física y mental (Quevedo-León y Alvarado, 2018).

Como puede observarse, ambos tipos de cuidados tienen tanto efectos positivos como negativos comunes siendo uno de estos efectos la sobrecarga de trabajo o también denominado Síndrome de *Burnout*, el cual se encuentra dentro de los efectos negativos del rol de cuidador.

El concepto de *burnout* se utiliza para calificar la disminución de interés en el área laboral, el agotamiento, el desgaste y el cansancio a nivel psicológico y emocional que vivencian las personas que trabajan directamente con otras (Moreno et. al., 2015). Este término se ha usado, sobre todo, en el ámbito sanitario, aunque, actualmente, se ha trasladado a otras áreas como puede ser, por ejemplo, el cuidado informal de familiares. En cuanto a las consecuencias del *burnout*, se puede afirmar que tiene repercusiones en las tres dimensiones de la persona que lo padece: dimensión biológica, social y psicológica (Moreno et. al., 2015). A nivel físico, la persona puede padecer enfermedades gastrointestinales, trastornos del sueño, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, disminución de peso, trastornos de la conducta sexual y problemas musculares (Moreno et. al., 2015). A nivel conductual se puede producir una degradación de las relaciones sociales, alteraciones de la conducta alimentaria, reducción de la productividad, abuso de sustancias como alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc. (Moreno et. al., 2015). Por último, a nivel

emocional, la persona puede experimentar disminución de la motivación, sentimientos negativos como apatía, frustración, depresión, culpabilidad y ansiedad, baja autoestima, etc. (Moreno et. al., 2015).

En cuanto a la literatura revisada en el ámbito del cuidado informal, en la Tabla 1 (anexo 1) aparecen las principales investigaciones de los últimos diez años en las que se muestran las intervenciones realizadas a personas que desempeñan el rol de cuidador de un familiar dependiente. Generalmente, los destinatarios de las intervenciones encontradas en la literatura revisada son mujeres de entre 50 y 70 años. En su mayoría, las intervenciones se basan en el Modelo de Terapia Cognitivo-Conductual y suelen tener formato grupal. En cuanto a los resultados generales de las intervenciones, todas han mostrado ser eficaces dado que después de ser implementadas se observó una reducción de la sintomatología depresiva, ansiosa y del estrés percibido; así como de los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado. Asimismo, también se produjo un aumento en la capacidad de afrontamiento de problemas, habilidades sociales y comunicativas, autoestima, bienestar y calidad de vida.

Sin embargo, como se puede observar en la Tabla 1 (anexo 1), no existen programas de intervención específicas del *burnout* que pueden llegar a experimentar las mujeres mayores pertenecientes a la *generación sándwich*, en la que no solo sienten la responsabilidad de cuidar a familiares ascendentes (padres, suegros, hermanos mayores, etc.) sino también a los miembros de la red descendente familiar (nietos).

Por esta razón, el objetivo de la presente intervención consiste en la creación de un programa de intervención para aquellas mujeres mayores de la llamada *generación sándwich* (Luna, 2018) que puedan sufrir *burnout* debido a su rol de cuidadora basada en intervenciones con poblaciones similares.

## 2. Objetivo general del programa.

El objetivo principal del programa de intervención consiste en diseñar una intervención para las mujeres mayores que cuiden, al mismo tiempo, de un familiar de la red ascendente (padres, cónyuge, hermanos, suegros, etc.) y de la red descendente (nietos) que puedan sufrir *burnout* debido a este rol de cuidadora.

### 3. Destinatarios.

El programa de intervención irá destinado a mujeres mayores cuidadoras tanto de familiares dependientes de la red ascendente como de la red descendente. En cuanto a la edad, nos centraremos en mujeres mayores de entre 50 y 70 años, debido a la literatura científica mencionada anteriormente (IMSERSO, 2011b citado en Ramos Toro, 2018, p.94; Consejería de Salud y Familias, 2013; Pérez Díaz et. al., 2020).

### 4. Procedimiento.

Se trata de un programa compuesto por 10 sesiones, con una duración comprendida entre 60 y 120 minutos aproximadamente cada una. Dicho programa está diseñado para su realización en diez semanas. En cuanto al lugar de la realización de las sesiones, se llevarán a cabo en un centro cívico cedido por el Ayuntamiento de la ciudad en la que se vaya a implementar el programa.

Las sesiones están distribuidas en cuatro bloques siendo éstos los siguientes:

- Bloque I: Evaluación.
- Bloque II: Salud psicológica.
- Bloque III: Relaciones interpersonales.
- Bloque IV: Ayudas externas.

La planificación completa del programa se muestra en la *Tabla 2*.

Tabla 2.

*Cronograma del programa de intervención.*

<b>Bloque</b>	<b>Sesión</b>	<b>Contenido</b>	<b>Duración</b>
Bloque I: Evaluación.	1	Presentación del programa y evaluación inicial.	90 minutos
Bloque II: Salud psicológica	2	Técnicas de relajación.	90 minutos

Tabla 2. Cronograma del programa de intervención (continuación).

Bloque II: Salud psicológica	3	Afrontamiento del estrés, aprendizaje de técnicas y estrategias efectivas.	90 minutos
Bloque II: Salud psicológica	4	Promoción de la resiliencia y disposición al optimismo.	90 minutos
Bloque II: Salud psicológica	5	Inteligencia y regulación emocional.	90 minutos
Bloque II: Relaciones interpersonales.	6	Habilidades sociales.	120 minutos
Bloque III: Salud psicológica.	7	Asertividad y autoestima.	90 minutos
Bloque IV: Ayudas externas	8	Recursos disponibles proporcionados por los servicios públicos.	60 minutos
Bloque IV: Ayudas externas	9	Charla informativa para los hijos de las participantes.	60 minutos
Bloque I: Evaluación	10	Evaluación final.	60 minutos

Nota aclaratoria: las sesiones se harán de manera presencial respetando las normativas sanitarias.

## 5. Evaluación del programa.

Como método para la evaluación de la eficacia del programa, se realizará una medición pre y post a su implementación. Asimismo, para evaluar su eficacia a largo plazo, se hará otra medición seis meses después de la finalización del programa.

## 6. Desarrollo de las sesiones.

### **Sesión 1. Presentación del programa de intervención y evaluación inicial.**

Objetivo: Presentar del programa de intervención y realizar la evaluación inicial de las variables objeto de estudio.

Duración: 90 minutos aproximadamente.

Procedimiento: Primeramente, se hará una presentación de los profesionales y se dará una explicación de los objetivos del programa. Seguidamente, se dará paso a la presentación de las participantes y de los motivos por los que han decidido participar en este programa con el objetivo de crear un entorno agradable y de confianza. La segunda parte de la sesión irá destinada a medir las distintas variables que se pretenden mejorar con el programa de intervención con el fin de evaluar, posteriormente, su efectividad. Para ello, se hará uso de los siguientes instrumentos de medida:

- Escala de carga del cuidador (Caregiver Burden Interview, CBI; Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980) versión española de Martín et al. (1996).
- Inventario de depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory-II, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996) versión española de Sanz, Navarro y Vázquez (2003).
- STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory; Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970) versión española de Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos (2015).
- Escala de resiliencia de Connor-Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC; Connor y Davidson, 2003) versión española de Crepo, Fernández-Lansac y Soberón (2014).

- Inventario Breve de Inteligencia Emocional para Mayores (EQ-i-M20) (Emotional Intelligence Inventory: Young Version (EQ-i:YV); Bar-On y Parker, 2000) versión española de Pérez, Gázquez, Mercader y Molero (2014).
- EHS. Escala de Habilidades Sociales (Gismero, 2000).
- Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES; Rosenberg, 1965) versión española de Guillén, Baños, Quero y Botella (1999).
- CEP. Cuestionario de Estrés Percibido (Sanz-Carrillo et. al., 2002).

### **Sesión 2. Técnicas de relajación.**

Objetivo: Enseñar distintas técnicas de relajación que puedan servir a las participantes de utilidad en situaciones que les produzcan estrés o emociones negativas.

Duración: 90 minutos aproximadamente.

Procedimiento: En primer lugar, se dará una breve justificación de la importancia de su aprendizaje. Posteriormente, se les explicarán distintas técnicas de relajación con el objetivo de que cada una seleccione la más efectiva para ella. El aprendizaje de las distintas técnicas se llevará a cabo mediante instrucciones guiadas. Las explicaciones de las distintas técnicas que se van a explicar en la sesión se muestran en el Anexo 2.

A las participantes se les proporcionará una guía con las instrucciones y recomendaciones para realizar dichas técnicas ya se deben practicar con frecuencia para adquirir sus beneficios. Finalmente, se dedicarán los últimos minutos a resolver las dudas que puedan tener las participantes.

### **Sesión 3. Afrontamiento del estrés, aprendizaje de técnicas y estrategias efectivas.**

Objetivo: Fomentar el aprendizaje de técnicas de afrontamiento de estrés adaptativas.

Duración: 90 minutos aproximadamente.

Procedimiento: En primer lugar, se enseñará a las participantes las distintas estrategias de afrontamiento existentes. De la clasificación de estrategias planteada por Carver (1997) se van a seleccionar aquellas que han demostrado ser las más adecuadas. Las estrategias

centradas en el problema son las más efectivas, estando dirigidas a la resolución del conflicto y son: afrontamiento activo, planificación y apoyo instrumental (Luna, 2018). No obstante, las estrategias centradas en la emoción, como, por ejemplo, la aceptación, el apoyo emocional, la reevaluación positiva y el humor, también han demostrado ser útiles en el caso de personas cuidadoras (Luna, 2018).

Como actividad práctica, las participantes desarrollarán una jerarquía de situaciones que les generan estrés y practicarán la exposición en imaginación de ellas con el fin de determinar el estrés subjetivo que les genera. Después, practicarán las distintas estrategias de afrontamiento del estrés descritas previamente mediante modelamiento y role-playing. Finalmente, volverán a exponerse en imaginación a dichas situaciones con el objeto de responder con cada estrategia de afrontamiento practicada y encontrar aquella que les resulten más efectiva.

#### **Sesión 4. Resiliencia y disposición al optimismo.**

Objetivo: Fomentar la resiliencia y la disposición al optimismo de las participantes.

Duración: 90 minutos aproximadamente.

Procedimiento: Esta sesión está basada en el Programa de Intervención en Resiliencia para Cuidadores Informales de pacientes con Alzheimer (PIRCA) (Cerquera et. al., 2017). En primer lugar, se introducirá los conceptos de resiliencia y optimismo, así como los beneficios que se ha observado que tiene su fomento en personas cuidadoras. En segundo lugar, se desarrollarán algunas de las actividades propuestas en el PIRCA (Cerquera et. al., 2017):

- Actividad 1: Las participantes escribirán aquellos objetivos que se han propuesto y han conseguido a lo largo de su vida, así como las competencias que han desarrollado con el objeto de incrementar su autoconfianza.
- Actividad 2: Las participantes escribirán situaciones a lo largo de su vida que hayan sido un obstáculo pero que hayan podido superar con el fin de recordarles que se puede buscar solución a los distintos problemas que nos presenta la vida.

- Actividad 3: Las participantes apuntarán en un papel aquellas metas que quieran conseguir. También podrán elaborar un plan de acción para conseguirlas.

Posteriormente, las participantes que se ofrezcan voluntarias expondrán a las demás una situación descrita en cada actividad desarrollada previamente con el objeto de compartir las experiencias vividas e inspirar a las participantes oyentes.

### **Sesión 5. Inteligencia y regulación emocional.**

Objetivo: Instruir a las participantes a identificar, manejar y gestionar sus propias emociones, sobre todo las emociones negativas.

Duración: 90 minutos aproximadamente.

Procedimiento: Esta sesión está basada en un programa de educación emocional de Fonseca-Pedrero et al. (2017).

Primeramente, se explicará el concepto de inteligencia emocional y los beneficios que conlleva su práctica. También se hará un breve repaso de las emociones primarias y secundarias con el fin de facilitar la identificación de emociones a las participantes. Después, se llevarán a cabo las siguientes actividades del programa (Fonseca-Pedrero, 2017):

- Actividad 1: En esta actividad las participantes escribirán en un folio cómo se han sentido los últimos días, con el objeto de que logren identificar sus emociones y su origen. A continuación, las participantes voluntarias podrán leer en alto lo que hayan escrito, para así, visibilizar las emociones tanto positivas como negativas, sobre todo, las negativas. También se les animará a repetir esta actividad diariamente.
- Actividad 2: Para trabajar las emociones negativas (enfado, miedo, tristeza...), ya que suelen ser las más rechazadas y evitadas, las participantes escribirán cómo reaccionan ante ellas. Después, se hará un debate sobre dichas emociones: “¿son verdaderamente negativas?” “¿debemos sentirnos mal por experimentarlas?”.
- Actividad 3: En esta actividad se visualizarán vídeos o fotografías en la que se expresen diferentes emociones. De esta forma, el objetivo es que las participantes logren identificarlas e inferir su posible desencadenante.

- Actividad 4: Esta actividad se realiza por parejas. Una de las integrantes deberá contarle a la otra una situación que haya sido especialmente importante en su vida. La otra persona, deberá prestar atención tanto a su lenguaje verbal como no verbal, dado que, después, tendrá que “imitarla” de la mejor forma posible y viceversa.

Una vez hayan finalizado, se volverá a la posición grupal y se comentará qué les ha parecido la actividad y la dificultad percibida.

### **Sesión 6. Habilidades sociales.**

Objetivo: Fomentar las habilidades sociales de las participantes.

Duración: 120 minutos aproximadamente.

Procedimiento: En primer lugar, se explicarán lo que son las habilidades sociales y la importancia que tiene su fomento en la etapa de la vejez, dado que, con la edad, suelen decrecer sus relaciones interpersonales (López, 2013).

Las actividades que se desarrollarán en esta sesión están extraídas del Programa de Habilidades sociales de López (2013):

- Actividad 1: Se solicitará tres voluntarias para salir de la sala temporalmente. Después, se leerá una historia en voz alta para el resto del grupo. A continuación, se volverán a pedir tres voluntarias para que cuenten la historia narrada a cada voluntaria que espera fuera de la sala. Las voluntarias entrarán individualmente en la sala y escucharán la historia. Cuando las tres voluntarias la hayan escuchado, se les pedirá que la relaten. De esta forma, se verá cómo la misma historia cambia en función de quién la relate.

Una vez finalizada la actividad, se preguntará a las participantes el motivo por el cual creen que ha cambiado la historia en función de quién la narraba. También, se les pedirá un ejemplo de ello que les haya ocurrido en su día a día.

- Actividad 2: Se proporcionará a las participantes una lista de algunas claves para la comunicación eficaz (Anexo 4). Por turnos, las participantes leerán las claves y cada una dirá si hace uso de ella. En caso negativo, se darán pautas breves para que las puedan incorporar en su vida diaria.

- Actividad 3: Primeramente, se explicarán los tres estilos de comunicación (asertividad, agresividad y pasividad); también se proporcionarán ejemplos para facilitar su comprensión.

A continuación, se proporcionará a cada participante un listado de situaciones en las que se dan los tres tipos de respuestas (pasiva, asertiva y agresiva). Individualmente, cada una escribirá qué tipo de respuesta se da en cada situación. Finalmente, se corregirá de manera grupal y se explicará cada respuesta con el fin de resolver posibles dudas.

### **Sesión 7. Asertividad y autoestima.**

Objetivo: Fomentar la habilidad de asertividad de las participantes y aumentar su autoestima haciéndoles ver que el rol de cuidadora no es lo único que las define.

Duración: 90 minutos aproximadamente.

Procedimiento: En primer lugar, se definirán la asertividad y la autoestima, haciendo especial hincapié en la importancia que tienen en el contexto en el que nos encontramos, ya que es fundamental que las participantes reconozcan su rol como mujer y no solo como cuidadora.

Las actividades que se desarrollarán serán las siguientes, estando las dos primeras basadas en el Programa de Habilidades sociales de López (2013):

- Actividad: Las participantes deberán escribir en un folio en blanco las partes de su cuerpo que le agradan y las que no. Posteriormente, de manera voluntaria, las participantes leerán en alto lo que hayan escrito, haciendo hincapié en la importancia de aceptar los cambios que la edad produce en sus cuerpos. Por último, se les preguntará cómo se han sentido durante la realización de la actividad para así conocer en qué parte han tenido más dificultad.
- Actividad 2: Se repetirá la misma dinámica, pero, con rasgos de la personalidad, con el objeto de identificar aquellos rasgos que consideren positivos o negativos de sí mismas. Después, las voluntarias leerán en alto lo que hayan escrito en el folio, con el fin de crear debate y revisar si hay rasgos comunes entre las participantes.

Ambas actividades tienen como objetivo incrementar el autoconocimiento de las participantes sobre sí mismas, con el fin de aceptar aquellos aspectos que valoren como positivos y negativos.

- Actividad 3: Se leerá en voz alta la Carta de los Derechos Humanos Asertivos (Anexo 3) con el objeto de que reflexionen sobre ellos (Magaña, 2021).

Lo importante es reconocer nuestros derechos, usándolos en situaciones reales para así consolidar los resultados (por ejemplo: decir “no” sin sentir culpabilidad). Se espera que, como resultado del uso de estos derechos se constituya, también, una mejora en la autoestima de las participantes.

### **Sesión 8. Recursos disponibles proporcionados por los servicios públicos.**

Objetivo: Disminuir la sobrecarga de las participantes enseñándoles las distintas ayudas ofrecidas por los servicios públicos en relación con el cuidado de mayores dependientes.

Duración: 60 minutos aproximadamente.

Procedimiento: Previamente a la sesión, los encargados del programa llevarán a cabo una búsqueda sobre las distintas ayudas públicas que el Ayuntamiento de la ciudad ofrece a las personas que cuidan de personas mayores dependientes. Por ejemplo: en el ayuntamiento de Granada se ofrecen distintos tipos de ayudas a los mayores dependientes (en función del grado de dependencia) como ayuda a domicilio, centro de día o asistente personal (Ayuntamiento de Granada, s.f).

En la sesión, se proporcionará la información encontrada a las participantes. Asimismo, se les enseñará los pasos que deben seguir para solicitar la ayuda, en caso de que algunas no tengan los conocimientos tecnológicos suficientes. El tiempo sobrante se dedicará a resolver posibles dudas.

### **Sesión 9. Charla informativa para los hijos de las participantes.**

Objetivo: Disminuir la sobrecarga de las participantes concienciando a sus hijos de que ellas no tienen la obligación de cuidar a sus nietos.

Duración: 60 minutos aproximadamente.

Procedimiento: Se realizará una exposición a los hijos sobre la situación en la que se encuentran sus madres con el fin de que se percaten de su sobrecargada situación. También se les podría leer a ellos la Carta de los Derechos Humanos Asertivos para que tomen conciencia de que sus madres no tienen como obligación el cuidado de sus hijos y que, por tanto, no pueden abusar de su solidaridad.

Como actividad adicional, se les podrá solicitar que escriban en un folio todas las labores domésticas y familiares que realizan sus madres para enfatizar la elevada carga de trabajo a la que se ven sometidas diariamente. De este modo, podrán concienciarse aún más de que deben intentar aliviar esta sobrecarga a la que están expuestas.

### **Sesión 10. Evaluación final y finalización del programa de intervención.**

Objetivo: Realizar la evaluación final para evaluar la efectividad del programa de intervención.

Duración: 60 minutos.

Procedimiento: Las participantes volverán a rellenar los cuestionarios presentados en la primera sesión con el fin de comprobar si ha habido cambios en sus resultados, con respecto a la primera sesión. Por último, se realizará la despedida y se dará por finalizada la intervención.

#### 7. Referencias.

Aso Poza, U. (s.f.). *Los 6 principales tipos de técnicas de relajación, y cómo usarlos.* Psicología y Mente. [Los 6 principales tipos de técnicas de relajación, y cómo usarlos \(psicologiaymente.com\)](https://psicologiaymente.com)

Ayuntamiento de Granada (s.f.). *Derechos Sociales, Educación y Accesibilidad.* [Derechos Sociales, Educación y Accesibilidad \(granada.org\)](https://granada.org)

Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, N. (2015). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.* TEA Ediciones.

- Carver, C. (1997). You want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- Castillero Mimenza, O. (s.f.). *Comunicación efectiva: 24 claves de los grandes comunicadores*. Psicología y mente. [Comunicación efectiva: 24 claves de los buenos comunicadores \(psicologiymente.com\)](http://www.comunicacionefectiva.com)
- Cerquera Córdoba, A., Pabón Poches, D., & Lorenzo Ruíz, A. (2017). Implementación del programa de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer PIRCA. *Universitas Psychologica*, 16(2), 117–128. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-2.ipip>
- Chen, H. M., Huang, M. F., Yeh, Y. C., Huang, W. H. y Chen, C. S. (2015). Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics*, 15(1), 20-25. <https://doi.org/10.1111/psyg.12071>
- Comas-d'Argemir, Dolores. (2014). Los cuidados y sus máscaras. Retos para la antropología feminista. *Mora*, 20(1), 1-32. <https://www.researchgate.net/publication/273181297>
- Consejería de Salud y Familias. (2013). Presentación del VII Seminario de Innovación. 'Envejecimiento Activo y Vida Saludable' [Archivo de Vídeo]. Youtube. [https://www.youtube.com/watch?v=IdYhUScSoCI&list=PLqcALCEeIDpe\\_es\\_BPfTOH\\_4XY991c9Jm](https://www.youtube.com/watch?v=IdYhUScSoCI&list=PLqcALCEeIDpe_es_BPfTOH_4XY991c9Jm)
- Crepo, M., Fernández-Lansac, V. y Soberón, C. (2014). Adaptación española de la “Escala de Resiliencia de Connor-Davidson” (CD-RISC) en situaciones de estrés crónico. *Psicología Conductual*, 22(2), 219-238.
- Deist, M., & Greeff, A. P. (2017). Living with a parent with dementia: A family resilience study. *Dementia*, 16(1), 126–141. <https://doi.org/10.1177/1471301215621853>
- Etxeberria Arritxabal, I., 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 Geriatría y Gerontología*, 46(4), 206-212. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.12.009>
- Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 18(1), 29-41. [art\\_04.pdf \(conicyt.cl\)](#)
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Ortuño-Sierra, J., & Lucas-Molina, B. (2017). Efectos de una intervención de educación emocional en alumnos de un programa universitario para mayores. *Universitas Psychologica*, 16(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.eiee>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Ortuño-Sierra, J., & Lucas-Molina, B. (2017). Efectos de una intervención de educación emocional en alumnos de un programa universitario para mayores. *Universitas Psychologica*, 16(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.eiee>
- Gismero, E. (2000). *EHS. Escala de Habilidades Sociales*. TEA Ediciones.
- Guillén, V., Quero, S., Baños, R.M. y Botella, C. (1999, noviembre). *Datos psicométricos y normativos del Cuestionario de Autoestima de Rosenberg en una muestra española*. I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, Granada.
- IMSERSO (2010). Encuesta a mayores 2010. [https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores\\_20.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística (2020). Población por edad (3 grupos de edad), Españoles/Extranjeros, Sexo y Año. [Población por edad \(3 grupos de edad\), Españoles/Extranjeros, Sexo y Año. \(ine.es\)](#)
- Livingston, G., Barber, J., Rapaport, P., Knapp, M., Griffin, M., King, D., ... Cooper, C. (2013). Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, Strategies for Relatives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: Pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, 347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6276>

- López García, J. (2013). Programa de habilidades Sociales con Personas Mayores (Trabajo de Final de Máster). Universidad de Valladolid, Valladolid.  
<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/3822>
- Losada, A., Márquez-González, M. and Romero-Moreno, R. (2011), Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1119-1127. <https://doi.org/10.1002/gps.2648>
- Luna, S. (2018). Abuelas cuidadoras: análisis de indicadores y efectos asociados a la asunción de cuidados hacia familiares ascendientes y descendientes. Programa de Doctorado en Psicología. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Magaña Loarte, V. D. (15 de abril de 2021). *¿Qué son los derechos asertivos?*. Grupo XXI psicología. → [Derechos asertivos: lista y ejemplos | Grupo XXI Psicología ® \(grupoxxi-psicologia.net\)](https://www.grupoxxi-psicologia.net).
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijí, L., Rico, J., Lanz, P. y Taussing, M. I.(1996). Adaptación a nuestro medio de la Escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Moreno Aroca, I., Morote Villa, D., Rozúa López, A. M., Soriano Fernández, A., Vives Manjón, C., Portales Ponce, M. E., Ibáñez García, A. V., y López Martínez, A. (2015). *Cuidador informal: el paciente oculto*. Bubok Publishing.
- Noor, S., & Md Isa, F. (2020). Malaysian Sandwich Generation Issues and Challenges in Elderly Parents Care. *International and Multidisciplinary Journal of Social Sciences*, 9(3), 289-312. <http://dx.doi.org/10.17583/rimcis.2020.5277>
- Otero, P., Smit, F., Cuijpers, P., Torres, A., Blanco, V., & Vázquez, F. (2015). Long-term efficacy of indicated prevention of depression in non-professional caregivers: Randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45(7), 1401-1412. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002505>
- Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., y Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>

Pérez Fuentes, M., Gázquez Linares, J. J., Mercader Rubio, I., y Molero Jurado, M. (2014). Brief Emotional Intelligence Inventory for Senior Citizens (EQ-i-M20). *Psicothema*, 26(4), 524–530. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.166>

Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Gázquez, J. J. & Soler, F. J. (2014). Estimulación de la Inteligencia Emocional en mayores: El programa PECI-PM. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 329-339. <https://doi.org/10.3390/ejihpe4030031>

Pinazo-Hernandiz, S. y LLuna, J. (2011). Menores criados por sus abuelas. Mejora de las pautas de cuidado a menores en acogimiento familiar en familia extensa a través de un programa de intervención psicoeducativo. *Revista sobre la infancia y adolescencia*, 1, 14-34. <http://dx.doi.org/10.4995/reinad.2011.834>

Quevedo-León, R. y Alvarado, H. R. (2018). Indicaciones de autocuidado para el adulto mayor cuidador de niños: Una mirada desde enfermería. *MedUNAB*, 20(3), 362-367. <https://doi.org/10.29375/01237047.2394>

Ramos Toro, M. (2018). Estudio etnográfico sobre el envejecer de las mujeres mayores desde una perspectiva de género y de curso vital. *Revista Prisma Social*, 21, 75-107.

Revenson, T. A., Griva, K., Luszczynska, A., Morrison, V., Panagopoulou, E., Vilchinsky, N., & Hagedoorn, M. (2016). *Caregiving in the illness context*. Palgrave Macmillan. doi: 10.1057/9781137558985

Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3) 249-280.

Sanz-Carrillo, C., García-Campayo, J., Rubio, A., Santed, M.A. y Montoro, M. (2002). Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 167-172.

Schwarz, A., Schwarz, A. (2017). *Relajación muscular progresiva de Jacobson*. Barcelona: Editorial Hispano Europea.

Williams, V. P., Bishop-Fitzpatrick, L., Lane, J. D., Gwyther, L. P., Ballard, E. L., Vendittelli, A. P., ... Williams, R. B. (2010). Video-based coping skills (VCS) to reduce health risk and improve psychological and physical well-being in Alzheimer's disease family caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 72(9), 897-904. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181fc2d09>

## 8. Anexos.

### Anexo 1. Investigaciones.

#### Tabla 1.

*Investigaciones encontradas en la literatura científica.*

Autores y año de la investigación	Destinatarios	Componentes del programa	Resultados del programa
Williams et. al. (2010)	Cuidadores informales de un familiar con Alzheimer u otra demencia relacionada (N=116); media de edad=60,5 ± 13,4 años; mujeres (60%)	<p>Duración: 5 semanas.</p> <p>Entrenamiento en habilidades de afrontamiento (vídeos semanales) y realización de ejercicios.</p> <p>Recibimiento de llamadas telefónicas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento.</p>	<p>Reducción de: sintomatología depresiva, ansiosa y estrés percibido.</p> <p>Los resultados se mantienen seis meses después del programa.</p>
Etxeberria et al. (2011)	Cuidadores informales de enfermos de Alzheimer (N=52); media de edad= 55 ± 12,35 años; mujeres (75%)	<p>Duración: 10 sesiones (una por semana) de una duración de 2 horas.</p> <p>Intervención cognitivo-conductual: programa psicoeducativo y de entrenamiento de habilidades de modificación emocional mediante ejercicios.</p>	<p>Aumento del bienestar de los cuidadores.</p> <p>Disminución de pensamientos disfuncionales sobre el cuidado.</p>

---

<p>Losada et. al. (2011)</p>	<p>Cuidadores informales de enfermos de Alzheimer u otra demencia similar (N=170); media de edad= 59,9 ± 12,05 años; mujeres (76,4%)</p>	<p>Duración: 12 sesiones distribuidos en tres meses (una sesión por semana).  Intervención cognitivo-conductual: instrucción a los participantes de técnicas y habilidades para reconocer, analizar y flexibilizar pensamientos desadaptativos.</p>	<p>Mejora de la sintomatología depresiva y los pensamientos disfuncionales.</p>
<p>Pinazo-Hernandez y Lluna (2011)</p>	<p>Menores criados por sus abuelas (N=20); entre 35 y 70 años; mujeres (100%)</p>	<p>Duración: 30 sesiones de 90 minutos (una sesión por semana).  Intervención psicoeducativa: instrucción de distintas habilidades sociales y de afrontamiento.</p>	<p>Mejora de la capacidad de afrontamiento y resolución de problemas, comunicación y autoestima.  Reducción de niveles de estrés.</p>

---

Livingstone et. al. (2013)	Cuidadores informales de un familiar con demencia (N=260); media de edad= 59 ± 13,45 años; mujeres (68%)	Duración: 8 sesiones distribuidas entre 8 y 14 semanas.  -Modelo cognitivo-conductual: un componente psicoeducativo y conductual (instrucción en habilidades de comunicación, técnicas de relajación, gestión del tiempo, etc.).	Mejora de la calidad de vida de los cuidadores, así como reducción de la sintomatología depresiva y afectiva.
Chen et. al. (2015)	Cuidadores informales de un familiar con demencia (N=46); media de edad= 54 ± 13,1 años; mujeres (67%)	Duración: 5 sesiones, cada una de ellas cada dos semanas.  Entrenamiento e instrucción en habilidades de resolución de problemas, recursos sociales, búsqueda de apoyo emocional y búsqueda de recursos sociales.	Mejora de las estrategias de afrontamiento de apoyo social y centradas en el problema.  Disminución de la sobrecarga de los cuidadores informales.

---

Otero et. al. (2015)	Cuidadores informales (N= 173); media de edad= 54 ± 13,1 años; mujeres (100%)	Duración: 5 sesiones repartidas en cinco semanas (una sesión por semana). -Programa breve de intervención en resolución de problemas basado en el Modelo de Nezu et al. (1989).	Reducción de la sintomatología depresiva, la angustia emocional y la carga del cuidador.
-------------------------	---	---	---

---

## Anexo 2. Sesión 2: Técnicas de relajación.

- Relajación muscular progresiva (Schwarz y Schwarz, 2017): Esta técnica se agrupa en seis fases, siendo la primera la que practicarán las participantes en esta sesión.
  - Fase 1: Tensar-relajar 16 grupos de músculos.
  - Fase 2: Tensar-relajar 7 grupos musculares.
  - Fase 3: Tensar-relajar 4 grupos de músculos
  - Fase 4: Relajación por evocación.
  - Fase 5: Relajación por evocación y recuento.
  - Fase 6: Relajación por recuento solo.

Aquellas participantes que quieran continuar aprendiendo esta técnica de relajación recibirán una guía para proseguir con las siguientes fases. Como se ha comentado previamente, en la primera fase, que es la que se practicará en la sesión, el procedimiento consistirá en tensar-relajar 16 grupos musculares, siendo dichos grupos los que se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3.

*Grupos musculares de la Relajación Muscular Progresiva.*

<b>Grupos musculares</b>	
1. Mano y antebrazo dominante	9. Pecho, hombros y espalda
2. Bíceps dominante	10. Abdomen
3. Mano y antebrazo no dominante	11 Parte superior de la pierna y muslo dominante

---

Tabla 3. Grupos musculares (continuación).

---

4. Bíceps no dominante	12. Pantorrilla dominante
5. Frente	13. Pie dominante
6. Parte superior de las mejillas y la nariz	14. Parte superior de la pierna y muslo no dominantes
7. Parte inferior de las mejillas y mandíbulas	15. Pantorrilla no dominante
8. Cuello	16. Pie no dominante

---

- Relajación condicionada (Aso Poza, s.f.): Se trata de una técnica en la que se usa la autosugestión como método para lograr la relajación. El objetivo de la técnica consiste en relacionar sensaciones relajantes corporales con una palabra-señal que la persona se repite a sí misma. Cada participante escoge su propia palabra, siendo algunos ejemplos típicos: calma, paz, relax, etc. Una vez que cada una de las participantes hayan escogido su palabra, se les enseña a centrar su atención en su propia respiración mientras que repiten, de forma simultánea, dicha palabra internamente.
- Imaginación temática (Aso Poza, s.f.): El objetivo de esta técnica consiste en relajarse mediante un procedimiento que implica focalizar la atención mentalmente en una escena placentera. El instructor guiará el proceso a través de instrucciones y preguntas que faciliten a las participantes crear mentalmente esa situación placentera que les generará emociones positivas.

Anexo 3. Carta de los Derechos Humanos Asertivos (Magaña, 2021).

1. Tengo derecho a ser tratado con respeto y dignidad.

2. Tengo derecho a tener y expresar mis propias opiniones.
3. Tengo derecho a interrumpir, a pedir información y aclaraciones.
4. Tengo derecho a detenerme y pensar antes de actuar.
5. Tengo derecho a experimentar y expresar mis propios sentimientos, así como a ser su único juez.
6. Tengo derecho a decir “no” sin sentir culpa.
7. Tengo derecho a pedir lo que quiero.
8. Tengo derecho a tener mis propias necesidades y que estas necesidades sean tan importantes como las de los demás.
9. Tengo derecho a no satisfacer las necesidades y expectativas de otras personas y comportarme siguiendo mis propios intereses.
10. Tengo derecho a no anticiparme a los deseos y necesidades de los demás y a no tener que intuirlos.
11. Tengo derecho a protestar cuando se me trata injustamente.
12. Tengo derecho a sentir y expresar el dolor.
13. Tengo derecho a no estar pendiente de la buena voluntad de los demás.
14. Tengo derecho a elegir entre responder o no hacerlo.
15. Tengo derecho a cambiar de opinión o a cambiar mi forma de actuar.
16. Tengo derecho a no tener que justificarme ante los demás.
17. Tengo derecho a cometer errores.
18. Tengo derecho a hacer menos de lo que soy capaz de hacer.
19. Tengo derecho a decidir qué hacer con mis propiedades, cuerpo, tiempo...
20. Tengo derecho a gozar y disfrutar.
21. Tengo derecho a mi descanso y aislamiento cuando así lo decida.

22. Tengo derecho a tener éxito y superarme, aun superando a los demás.

Anexo 4. Claves para la comunicación efectiva (Castillero, s.f.).

1. Escucha activa del mensaje del interlocutor y preguntar en caso de que no se haya entendido el mensaje.
2. Mensaje claro.
3. Respeta la opinión del interlocutor.
4. Lenguaje ajustado a la edad del interlocutor.
5. Actuar con asertividad y sinceridad.
6. Respeta el turno de palabra.
7. Mantén el contacto ocular.
8. Empleo de gestos y tono de voz adecuada a la situación.
9. Reconoce los errores que puedas cometer.
10. Habla con respeto y educación.