



TEMA CLAVE:

LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN CONTEXTOS RURALES CON FAMILIAS DE PERSONAS MAYORES EN SITUACION DE DEPENDENCIA

Autora:
Teresa Martínez Rodríguez
Psicóloga gerontóloga

TEMA CLAVE:

**LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN CONTEXTOS RURALES CON
FAMILIAS DE PERSONAS MAYORES EN SITUACION DE
DEPENDENCIA**

Autora:
Teresa Martínez Rodríguez
Psicóloga gerontóloga

Resumen

Cuidar a una persona en situación de dependencia durante un prolongado espacio de tiempo puede ocasionar consecuencias negativas sobre quien presta el cuidado. Las familias cuidadoras de personas mayores presentan diversas necesidades que deben ser atendidas para poder seguir desarrollando su labor sin tener que se vea resentida su vida personal, laboral y social. Para ello necesitan, además de recursos que permitan el respiro y el descanso, orientación, formación y apoyo psicológico. Estas necesidades señalan los componentes principales que ha de integrar un programa de apoyo para estas familias cuidadoras.

En este artículo se describe cómo el cuidado de personas mayores puede generar efectos negativos en las familias cuidadoras, siguiendo el modelo del estrés generado por el cuidado de Pearling y señalando las variables moduladoras que intervienen en este proceso. Se describen las principales necesidades de apoyo que presentan los grupos familiares al cuidado de personas mayores. También se presenta una propuesta de los componentes que deben integrar un programa de apoyo a las familias cuidadoras, haciendo referencia específica a las distintas cuestiones prácticas que hay que tener en cuenta para su implementación. Se aborda el diseño de los programas de intervención con familias cuidadoras en zonas rurales, relatando finalmente mediante un ejemplo cómo llevar a cabo un programa de intervención con familias cuidadoras en un área rural, desde la coordinación de los recursos sociales y sanitarios existentes.

1. La repercusión en el grupo familiar de la prestación de cuidados a una persona mayor dependiente y los programas de intervención psicosocial.

Las consecuencias negativas que el cuidado de una persona en situación de dependencia puede tener en las familias cuidadoras viene siendo objeto de atención desde hace varias décadas. El término anglosajón “burden”, traducido al español como “**carga**”, fue acuñado para definir el **conjunto de síntomas físicos y psicoafectivos (fatiga, estrés, depresión...)** que la prestación de cuidados prolongada podía producir en los cuidadores principales.

Inicialmente el concepto de carga hacía referencia al malestar percibido por las propias personas cuidadoras, derivado de la situación de cuidar, añadiéndose posteriormente al mismo otros aspectos más objetivos como la repercusión económica, la restricción en el tiempo libre o la necesidad de renunciar al trabajo por no poder conciliar los cuidados con un horario laboral. **De este modo, el concepto de carga en la persona cuidadora ha ido evolucionando desde una acepción unidimensional hacia la multidimensionalidad.** En esta línea, las autoras canadienses Novak y Guest (Novak y Guest, 1989) hallaron que la carga de la persona que imparte los cuidados procede de cinco factores independientes, a saber: el tiempo dedicado al cuidado, el sentimiento de proyecto

vital interrumpido, la carga física que supone el cuidado, el conflicto social derivado del mismo y la carga emocional generada.

Por otro lado cabe destacar que **el cuidado de una persona mayor también puede tener efectos positivos para el que cuida**. De este modo se han descrito distintos beneficios personales relacionados con el desempeño de este rol. Por ello, es preciso concluir que no hay un patrón único de afrontamiento de las situaciones de cuidados por parte de los cuidadores. De hecho, existe una gran variación interindividual en el modo de percibir y afrontar las situaciones de cuidados, del mismo modo que pueden producirse cambios en una misma persona cuidadora dependiendo de la fase o situación del proceso de cuidados.

Distintos modelos explicativos pretenden dar cuenta de esta gran variabilidad partiendo de la hipótesis de la existencia de variables que intermedian y modulan la gestión de todo lo que implica y conlleva la prestación de cuidados a una persona en situación de dependencia. Quizás el modelo que más literatura ha suscitado y aplicaciones destinadas a la intervención en este campo sea el elaborado por Pearling (Pearling, 1990;1994) y por ello nos detendremos en él.

Pearling, basándose en el modelo explicativo de la generación y mantenimiento del estrés, realiza una propuesta que muestra y analiza la repercusión de la prestación de cuidados en función de distintas variables que entran en relación en este proceso y que dan cuenta de la mencionada variabilidad interindividual. Según este modelo, entendido como un potencial proceso generador de estrés, en el proceso de cuidar se pueden identificar cuatro componentes que entran en relación y que deben ser tenidos en cuenta (ver Figura nº 1): a) los factores contextuales de la situación de cuidados, b) los estresores, c) las consecuencias de los cuidados y d) las variables moduladoras del proceso.

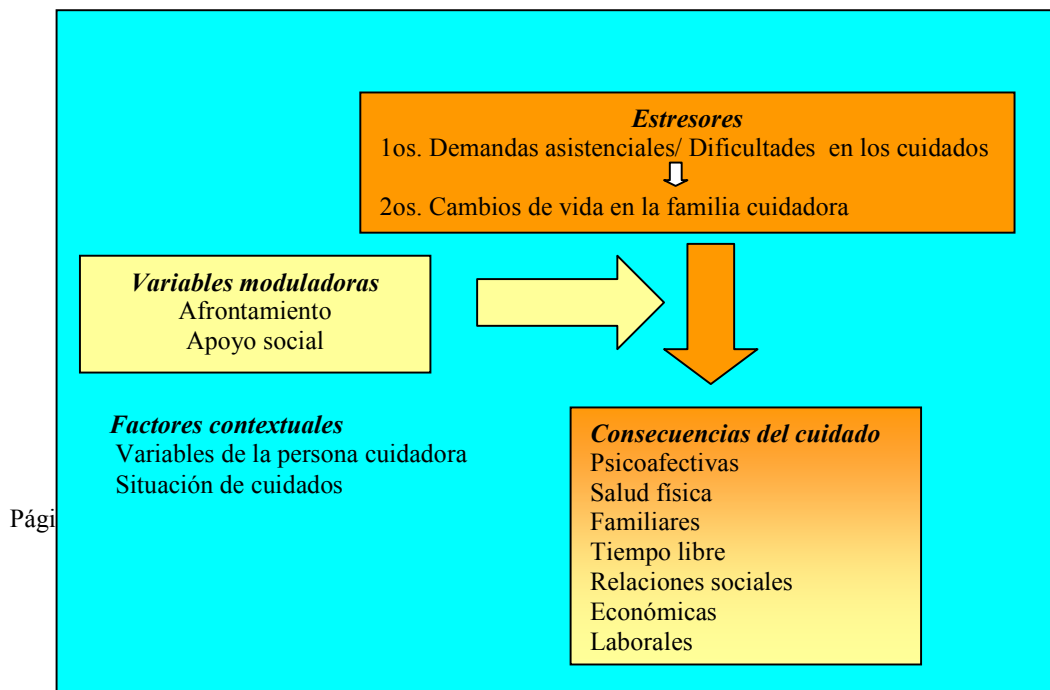


Figura nº: 1. Modelo de Pearling y cols. sobre el estrés aplicado al cuidado de las personas en situación de dependencia

a) Los factores contextuales

Los factores contextuales actúan a modo de telón de fondo (back-ground) incidiendo en el conjunto del proceso. Dichos factores, que han de ser tenidos en cuenta a la hora de analizar cada caso, incluyen tanto las características propias de la persona que cuida como la situación en la que se producen los cuidados.

En lo que se refiere a **variables del cuidador o cuidadora principal** cabe referir el sexo, el estado civil, el nivel cultural, la edad, la salud, el grado de conocimiento de la enfermedad por parte de la persona que cuida, el sentido de eficacia, así como las **variables de personalidad**.

Respecto a la situación en la que se producen los cuidados cabe citar **la relación afectiva previa con la persona cuidada**, la propia historia del cuidado (sucesos, expectativas de duración, tiempo dedicado...), **el tipo de convivencia** (vivienda compartida o no), **la dinámica familiar** o la existencia de sucesos estresantes “extra” en la vida de los cuidadores.

b) Los estresores

En este segundo componente del modelo cabe distinguir entre los estresores primarios y los secundarios. Estresores **primarios son los que actúan a modo de fuente originaria de estrés para la persona cuidadora**, y entre ellos tienen importancia las demandas de asistencia que presenta la persona dependiente (es decir, las actividades cotidianas para las que precisa ayuda) o la existencia de otras dificultades cotidianas en los cuidados (por ejemplo, la existencia de alteraciones en la conducta). Los estresores **secundarios tienen que ver con las modificaciones que la tarea de prestar cuidados conlleva para el cuidador o cuidadora en su vida cotidiana** y que suelen actuar, a su vez, como fuente suplementaria y añadida de estrés.

c) Las consecuencias del cuidado

Como ya ha sido apuntado, las consecuencias de la prestación de cuidados a una persona en situación de dependencia pueden verse reflejadas en una variada gama de repercusiones negativas como la aparición en los cuidadores de **desórdenes psicoafectivos, la merma en su salud física, la aparición de conflictos familiares, la restricción en el tiempo libre, el descenso del contacto social, la menor solvencia económica o la aparición de problemas laborales**.

d) Las variables moduladoras

El cuarto componente del modelo, las variables intermedias, es la clave tanto para poder explicar las diferencias individuales en la repercusión que los cuidados de larga duración como para priorizar las claves de la intervención. El hallazgo y conocimiento de las distintas variables que pueden actuar a

modo de amortiguador sobre el estrés en la persona que cuida abre las vías y sienta las bases de la intervención. Las principales variables moduladoras descritas en este modelo **son las estrategias de afrontamiento del cuidador o cuidadora y el apoyo social que recibe el grupo familiar.**

El afrontamiento se refiere a las respuestas que la persona que imparte los cuidados dispone y es capaz de desarrollar de cara a manejar las fuentes de estrés y reducir así las consecuencias negativas.

Desde el modelo de afrontamiento del estrés desarrollado por Lazarus y Folkman (Lazarus y Folkman, 1984) se han identificado tres tipos de afrontamiento:

- a) **Afrontamiento centrado en el problema.** Este tipo de afrontamiento se basa en los comportamientos y respuestas que el cuidador o cuidadora pone en juego para responder y solucionar las dificultades concretas que van surgiendo en el día a día.
- b) **Afrontamiento cognitivo.** Este tipo de afrontamiento se refiere a los significados que cada persona cuidadora elabora y ofrece a las distintas cuestiones y dificultades generadoras de estrés en una concreta situación de cuidados.
- c) **Afrontamiento emocional.** Este tipo de afrontamiento incluye los esfuerzos del cuidador o cuidadora para controlar y manejar la sintomatología emocional que las distintas fuentes de estrés pueden provocar.

Los cuidadores combinan estos tres tipos de afrontamiento y la clave del éxito de la intervención puede estar en conocer para cada dificultad concreta qué tipo de afrontamiento posee una mayor validez.

Por su parte, **el apoyo social incluye distintas dimensiones**, pero en el contexto de cuidados de personas en situación de dependencia, dos resultan de especial importancia: **el apoyo instrumental y el apoyo emocional.** El apoyo instrumental tiene que ver con la ayuda que la persona cuidada necesita para ser atendida en su vida cotidiana. Ofrecer apoyo instrumental a la persona que cuida es proporcionarle ayuda en la labor que a diario realiza (servicios de respiro en centros de día o estancias temporales, ayuda a domicilio, ayudas técnicas en el hogar para facilitar su tarea, etc). El apoyo emocional tiene que ver con la percepción de apoyo, con la existencia de espacios para el desahogo emocional o el reconocimiento que por parte de terceras personas pueda tener el cuidador o cuidadora principal.

Estas dos tipos de apoyo, a su vez, pueden provenir de dos fuentes de apoyo social: el formal (proviene de recursos organizados de ayuda) y el denominado apoyo informal (proviene de redes no organizadas como son la familia extensa, las amistades o los vecinos). Ambas fuentes de apoyo social tienen gran importancia para la persona que asume los cuidados, y las dos deben ser promocionadas. **El apoyo formal proporciona garantía y seguridad** ubicando los cuidados a la persona en situación de dependencia **en categoría de derechos.** **El apoyo informal complementa el apoyo formal, cubriendo una serie de necesidades emocionales donde difícilmente podría llegar la red más excelente de recursos formales.**

En general las distintas estrategias o actuaciones de apoyo a las familias cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia pueden ser agrupadas en dos grandes categorías. La primera es la que proporciona a las familias tiempo libre y respiro desde la

oferta de distintos servicios desde la red de recursos formales. Servicios de apoyo en el propio domicilio, centros de atención diurna, estancias de alojamiento temporal han demostrado ser alternativas eficaces para favorecer el respiro de las familias cuidadoras y permitir la conciliación de los cuidados con su vida laboral y social. **El segundo tipo de actuaciones de apoyo a las familias cuidadoras comprende una variedad de programas psicosociales** dirigidos a ofrecer información, espacios de desahogo emocional, desarrollar habilidades de afrontamiento cognitivo de las fuentes estresoras, o aprender técnicas específicas para resolver problemas cotidianos así como conocimientos que mejoren el cuidado de la personas mayores.

Brodaty (Brodaty, 2003) realizó un trabajo sobre la eficacia de las intervenciones en cuidadores de personas con demencia, identificando **diversos predictores del éxito de estos programas**. Las características de la intervención señaladas fueron: el carácter temprano, la inclusión de la persona cuidada y el cuidador, la extensión al grupo familiar, el aprendizaje de técnicas de manejo de situaciones cotidianas dificultosas, la combinación de diferentes modalidades de intervención (asesoramiento personalizado, formación, apoyo emocional...), cierta prolongación en el tiempo, y la disponibilidad de los servicios en el momento que surgen las dificultades.

Desarrollar programas que den respuestas a las necesidades reales y del momento de las familias requiere diseñar y poner en marcha actuaciones coordinadas que contemplen las necesidades de respiro, orientación, formación y apoyo emocional que las personas cuidadoras presentan. En el siguiente apartado se describen los principales componentes de un programa de intervención psicosocial dirigido a familias cuidadoras.

2. Los principales componentes de un programa de intervención con familias cuidadoras.

Un programa de apoyo a familias cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia debe contemplar e integrar de forma complementaria, al menos, cuatro elementos: uno relacionado con **la provisión de servicios que posibiliten el respiro, y otros tres relacionados con la intervención psicosocial directa con los y las cuidadoras**: el asesoramiento individualizado, la formación y el apoyo psicológico (Martínez en prensa). A estos tres últimos son abordados a continuación.

2.1. El asesoramiento individualizado al grupo familiar

El asesoramiento individualizado al grupo familiar debe proponerse desde **una combinación de información y orientación ajustada al momento y necesidades que presenta cada familia**, en relación con la situación de prestación de cuidados a un miembro de su grupo.

Este es un elemento clave en la atención a las familias cuidadoras y debe entenderse desde su carácter procesual, por lo cual debe tener continuidad a lo largo de todo el proceso de cuidados, es decir, desde que se produce la situación de dependencia en la persona mayor, hasta el final.

La capacidad de escucha en todo el proceso es vital para poder ofrecer un asesoramiento adecuado a cada familia en los distintos momentos del proceso. No todas las familias tienen las mismas necesidades ni éstas son idénticas a lo largo del proceso de cuidados. Por ello, esta capacidad es básica para garantizar la personalización de la orientación.

Esta capacidad de escucha debe estar compaginada y equilibrada con una información precisa y ajustada al momento o necesidades. Por ello, se debe ofrecer una panorámica global de lo que implica la prestación de cuidados sin que la información resulte invasiva o de difícil asimilación.

Uno de los aspectos cruciales es que el asesoramiento resulte eficaz, según el momento del cuidado y las correlativas necesidades de las familias. En este sentido es importante que el asesoramiento sea accesible, entendiendo la accesibilidad como disponibilidad, es decir que la familia cuente con el asesoramiento en el momento en que lo precise y no tenga que esperar a acciones programadas.

2.2. La formación para familiares

Las acciones formativas dirigidas suelen tener un doble objetivo, por un lado dotar a las personas cuidadoras de conocimientos y habilidades que permitan mejorar y adecuar los cuidados a la persona mayor, y por otro desarrollar en la familia cuidadora, y en especial en la persona que asume los cuidados, habilidades relacionadas con su autocuidado.

A la hora de diseñar acciones formativas para las familias cuidadoras hay que tener en cuenta que el desarrollo de competencias implica un **triple componente: los conocimientos (el saber), las habilidades (el saber hacer) y las actitudes (el querer y estar dispuesto a)**. Estos tres componentes deben estar presentes en el diseño de las acciones y reflejarse tanto en los contenidos a proponer como en la metodología elegida.

Las acciones formativas, que suelen ser organizadas a través de cursos o talleres, tienen en común el mantener un formato grupal, frente a los servicios de asesoramiento anteriormente descritos que deben ser concebido como procesos de atención individualizada. **La dimensión grupal cobra gran importancia en la acción formativa**, especialmente cuando se realiza desde una metodología participativa, debido a la gran contribución y el poder que ejerce en cada individuo el “grupo de iguales”. Esto se basa en la idea de que el saber del profesional se ve complementado y enriquecido por el grupo de personas que viven una situación común, capaces de compartir numerosas experiencias concretas y de intercambiar aprendizajes desde la empatía que emana espontáneamente ante el hecho de reconocerse como “iguales” que están pasando por complejas situaciones que implican el afrontamiento y la superación de no pocas dificultades.

A la hora de programar acciones formativas, puede resultar de interés distinguir, y secuenciar temporalmente, **dos niveles de formación: a) un primer nivel de acercamiento y formación básica y, b) otro nivel de formación más específico o especializado.**

En el cuadro nº 1 se recogen una serie de contenidos que suelen figurar en las distintas propuestas formativas propias de un nivel básico dirigido a familias cuidadoras de personas mayores dependientes.

Conceptos básicos sobre envejecimiento y dependencia

Envejecimiento

Dependencia

El sistema de provisión de cuidado

Principios de la atención

La repercusión de los cuidados en la familia

El cuidado a la persona que cuida

La necesidad del autocuidado

Afrontamiento del estrés

Pensamientos de la persona que cuida
Emociones y sentimientos
Los cuidados personales en casa
Baño y aseo
Alimentación y nutrición
Vestido y arreglo personal
Movilidad
Sueño
Control de esfínteres
El cuidado centrado en la persona
Promoción de la independencia y la autonomía
Repercusión del cuidado en la autoestima
La comunicación
Cómo abordar comportamientos difíciles
La adaptación de los entornos
La influencia del entorno en la conducta
Concepto de accesibilidad y barreras
La adaptación del hogar
El uso de ayudas técnicas
Cuidados sanitarios en casa
Hábitos de salud
Cuidados básicos de enfermería
Utilización adecuada de fármacos
Los recursos sociales
Servicios de apoyo en el propio domicilio
Centros de atención diurna
Recursos de alojamiento temporal
Recursos de alojamiento permanente
Aspectos éticos y legales en el cuidado de personas dependientes
Principales dilemas
La incapacitación
El final de la vida
Una muerte digna
La despedida
El duelo

Cuadro nº 1: Listado de posibles contenidos para la programación formativa de nivel básico de familias cuidadoras de personas mayores dependientes.

2.3. El apoyo psicológico para familias

El apoyo psicológico en el contexto de la atención a familias cuidadoras de personas dependientes es un elemento que puede entenderse, al menos, desde dos dimensiones.

La primera tiene que ver con una **aproximación terapéutica** y se dirige a proporcionar a las familias cuidadoras estrategias para afrontar mejor la situación y evitar o reducir los desórdenes psicoemocionales y conductuales derivados de la sobrecarga. Aquí se incluyen tanto acciones terapéuticas individuales o del grupo familiar como las acciones educativas de formato grupal dirigidas a desarrollar en la propia persona cuidadora estrategias y técnicas psicológicas que le ayuden a afrontar positivamente la situación.

La segunda dimensión del apoyo psicológico en cuidadores de personas dependientes se relaciona con **el apoyo emocional**. El apoyo emocional que necesita la persona que cuida tiene que ver tanto

con sentirse reconocido en su labor por lo demás, como con disponer de espacios de desahogo e intercambio de vivencias.

Las estrategias de apoyo psicológico a familias cuidadoras pueden ser diversas y complementarias y pueden dirigirse a ambas dimensiones. Entre ellas cabe destacar:

a) Atención psicológica individual

Comprende intervenciones terapéuticas de apoyo individual a la persona que cuida así como extensibles al grupo familiar. Se trata de un apoyo profesional especialmente indicado cuando el cuidador/a presenta importantes niveles de malestar que no es capaz de manejar o se producen disfunciones importantes en el grupo familiar.

b) Los grupos de apoyo

El objetivo principal de los grupos de apoyo es desarrollar en la persona cuidadora habilidades personales de manejo del estrés que provoca la situación concreta de cuidados. A diferencia de los acciones formativas anteriormente descritas, el foco de atención no se sitúa tanto en la mejora de la calidad de los cuidados proporcionados (aunque si el estado psicológico del cuidador mejora el beneficio se proyectará también en la persona mayor cuidada) sino en desarrollar en la propia persona cuidadora estrategias de afrontamiento y habilidades específicas que faciliten el autocuidado.

Las habilidades de manejo del estrés y técnicas que pueden ser trabajadas en un grupo de apoyo para familias cuidadoras de personas dependientes:

- a) Habilidades de afrontamiento cognitivo (Técnicas de manejo de los pensamientos disfuncionales, Técnicas de anticipación preparatoria, Técnicas de entrenamiento asertivo, Técnicas de reestructuración cognitiva y clarificación de valores...)
- b) Habilidades de manejo de situaciones difíciles (Técnicas de resolución de problemas, Técnicas de comunicación interpersonal, Técnicas de modificación de conducta, Técnicas de validación...)
- c) Habilidades de control emocional (técnicas de relajación)

c) Los grupos de autoayuda

Los grupos de autoayuda consisten en **reuniones periódicas donde las personas cuidadoras se reúnen para intercambiar sus vivencias cotidianas, sus dificultades y expresar sus sentimientos**. El objetivo de un grupo de autoayuda ya no es tanto formar a la persona cuidadora en contenidos, habilidades o técnicas sino ofrecer apoyo emocional desde el grupo de iguales facilitando tanto el desahogo emocional como el intercambio de experiencias.

Así como en las acciones formativas y en los grupos de apoyo es importante la figura de un o una profesional que a modo de experto va proponiendo contenidos para trabajar y guía el proceso de adquisición de conocimientos y habilidades, en los grupos de autoayuda suelen ser las propias personas cuidadoras las que se reúnen sin que sea imprescindible la presencia permanente de un técnico.

Un componente del grupo, habitualmente que ha participado en grupos de apoyo o otras iniciativas similares, actúa a modo de moderador o moderadora del grupo, con el propósito que las reuniones tengan cierta organización y la escucha e intercambio sea realice de un modo espontáneo pero ordenado.

Es aconsejable que el grupo de autoayuda sea iniciado y supervisado ocasionalmente por un profesional con el propósito de contar con las sugerencias de un observador externo respecto a la dinámica del mismo y evitar algunas distorsiones que dificulten la buena marcha del grupo.

3. El diseño de los programas de intervención con familias cuidadoras en zonas rurales.

Aún reconociendo la **heterogeneidad que presentan las zonas rurales de nuestro país**, una de las características más comunes que describen estos territorios es la del envejecimiento de sus poblaciones, fenómeno que viene dado, además de por el aumento en la esperanza de vida de sus habitantes y por el descenso de los nuevos nacimientos, por las migraciones campo-ciudad de los grupos de edad adulta que se han venido produciendo (Rodríguez 2004). Teniendo en cuenta que son las familias las que en nuestro país dan respuesta al cuidado de las personas dependientes, las migraciones de los grupos de edad adulta en las zonas rurales, eleva el riesgo de debilitación de la potencial red de cuidados informales.

Esta concatenación de hechos, junto con la creciente preocupación de las políticas europeas por evitar las situaciones de discriminación (la variable territorio es una fuente clara de discriminación para los ciudadanos que allí habitan) hacen que la atención gerontológica en zonas rurales esté cobrando un interés especial, partiendo de la idea de que el diseño de la intervención siempre debe estar adaptado a la idiosincrasia de cada lugar.

El diseño de recursos de atención gerontológica ha tenido su desarrollo fundamentalmente en zonas urbanas, y por tanto, ha sido pensando desde las circunstancias y necesidades de las medianas y grandes ciudades. Cuando estos modelos han sido extrapolados al mundo rural se ha podido apreciar, en no pocas ocasiones, que éstos no se ajustaban a las distintas realidades de los contextos rurales y, por tanto, no ofrecían respuestas satisfactorias.

Las características de la prestación de cuidados a las personas mayores en el mundo rural configura una realidad concreta de la que no nos podemos sustraer a la hora de idear y concretar las propuestas de intervención. Por ello, y en el ámbito que esta colaboración aborda, la intervención con familias cuidadoras de personas mayores dependientes, es importante reparar en algunas características de los territorios rurales que puedan orientar las propuestas a llevar a cabo.

En primer lugar cabe destacar que algunas características de los contextos rurales como **el escaso desarrollo de los diferentes dispositivos de atención social y sanitaria, o el insuficiente transporte público (especialmente en zonas de orografía compleja) inciden en una real dificultad tanto de las personas mayores como de sus familias en el acceso a los servicios**. Esto implica que toda planificación de recursos que pretenda dar respuesta eficiente a las necesidades propias de estas zonas, debe requerir importantes dosis de innovación y de flexibilidad, realizándose siempre bajo el prisma de un adecuado aprovechamiento de los recursos. Por ello, la coordinación de recursos comunitarios a través de propuestas organizativas singularizadas, se

convierte en exigencia. En este sentido, partiendo de estrategias generales que puedan considerarse válidas, deberán construirse adaptaciones y organizaciones diversas que se adapten al momento de desarrollo de cada lugar.

En segundo lugar, también hay que tener en cuenta que **el apoyo informal, fuente habitual de provisión de atención y cuidados a las personas mayores en estas zonas rurales, se realiza tanto por parte de las familias como de amigas o vecinos**. En este sentido, cuando se propongan intervenciones dirigidas a familias cuidadoras de personas dependientes éstas deben englobar también a los cuidadores y cuidadoras, fuera del espectro de atención profesional remunerada, que aunque no mantengan lazos familiares con la persona mayor vienen asumiendo una función similar en la dispensación de cuidados a estas personas.

Otra característica habitual de las zonas rurales, muchas de ellas agrícolas y ganaderas, es **que la actividad laboral no tiene un horario fijo, prolongándose ésta a lo largo de toda la jornada**. En el caso de las mujeres, habituales cuidadoras principales de los miembros en situación de dependencia de la familia, a las habituales actividades domésticas se añaden diversas ocupaciones relacionadas con este tipo de economía. Esto implica un grado adicional de dificultad a la hora de programar acciones de apoyo a las familias al estar éstas inmersas en una ocupación casi continua, lo cual requerirá por parte de los equipos técnicos de grandes dosis de imaginación y flexibilidad.

Otro aspecto que también debe ser contemplado es el del **mayor control social que se produce en los contextos rurales**, donde quizás persiste todavía con mayor intensidad que en los contextos urbanos una visión tradicional sobre el papel de las familias (las mujeres) en la responsabilidad y cuidado de las personas mayores. La proximidad vecinal existente en los núcleos pequeños conformados por viviendas unifamiliares (frente a los de las ciudades donde el contacto vecinal se dispersa por la disposición vertical de las viviendas de diferentes alturas), así como la ausencia de eventos novedosos en el transcurrir de los días contribuyen a ello.

Que las personas mayores reciban apoyos externos a la familia y que las mujeres que las cuidan necesiten de “atenciones extra” puede ser socialmente reprobado. Y este mayor control social que se produce en el mundo rural puede influir en cómo las familias cuidadoras, y en especial las mujeres, acogen las propuestas de apoyo en los cuidados.

Aunque esto, afortunadamente, va cambiando, en algunos lugares estas opiniones sociales sigue manteniendo arraigo y pueden dificultar las propuestas que se diseñen en apoyo a las familias cuidadoras. De ello se deriva la conveniencia de reforzar la fase de trabajo previo de sensibilización de las propias mujeres cuidadoras sobre la necesidad de recibir ayuda en los cuidados, favoreciendo tanto la desculpabilización como la importancia de los cuidados compartidos, así la necesidad de respetar los tiempos propios de estos contextos en donde las nuevas iniciativas de apoyo a las familias cuidadoras pueden tardar más en ser aceptadas.

3.1. La organización de los recursos en las zonas rurales en el diseño de programas de intervención psicosocial para familias cuidadoras de personas mayores.

En un territorio concreto, pueden coexistir distintos recursos, pertenecientes a distintos sistemas, todos ellos con competencias diversas en relación a la atención a las personas mayores y a sus familias. Entre ellos cabe citar los servicios sanitarios, los servicios sociales, el movimiento asociativo, o los recursos educativos y culturales. Todos ellos sin lugar a dudas de interés a la hora de programar actuaciones coordinadas.

A su vez, en cada recurso intervienen profesionales diversos con competencia y capacidad para tomar parte en actuaciones de atención a las familias cuidadoras. En la Tabla nº3 se incluyen los distintos recursos y profesionales que pueden tener presencia en una zona rural determinada, y por tanto deben ser tenidos en cuenta tanto a la hora de diseñar programas de apoyo a las personas cuidadoras.

Recursos sociosanitarios				
Recurso	Sistema al que está adscrito	Nivel atención	Presencia en territorios rurales	Profesionales
Centro de salud o dispensario	Sanitario	Primaria	Habitual	Médico/a Enfermero/a T. Social (*)
Hospital con servicios especializados	Sanitario	Especializada	En área sociosanitaria en localidades de proximidad relativa	Médico/as especialistas diversos
Centro de salud mental de adultos	Sanitario	Especializada	En área sociosanitaria en localidades de proximidad relativa	Psiquiatra Psicólogo/a Enfermero/a T. Social
Unidad Trabajo Social	Servicios Sociales	Primaria	Habitual	Trabajadora/a social Educador/a (*)
Servicio de ayuda a domicilio	Servicios Sociales	Primaria	Habitual	Auxiliar del SAD
Recursos de atención diurna a personas mayores dependientes	Servicios Sociales	Especializada	Variable	T. Social Psicólogo/a (*) T. Ocupacional (*) Médico/a (*) Enfermero/a (*) A. Enfermería
Recursos de alojamiento para personas mayores	Servicios Sociales	Especializada	Variable	T. Social (*) Psicólogo/a (*) T. Ocupacional (*) Médico/a (*) Enfermeros/a (*) Fisioterapeuta (*) A. Enfermería
Otros recursos comunitarios				
Asociaciones (de vecinos, de personas mayores, de discapacidad, de mujeres, culturales...)			Variable	Pueden contar o no con apoyo de profesionales
Centros de educación de adultos	Educación		No habitual	Profesores diversos
Casa de la cultura	Cultura		Variable en función del tamaño de la población	Variable

(*) Presencia variable en función de la dotación en recursos humanos del centro

Tabla nº3 . Recursos comunitarios a tener en cuenta en el diseño de programas e intervención en cuidadores de personas mayores dependientes.

La flexibilidad debe primar el diseño de estas actuaciones, ya que los territorios se diferencian en función del grado de desarrollo de servicios, la experiencia de coordinación sociosanitaria previa o las propias actitudes de los distintos profesionales. Por ello, a la hora de llevar a cabo actuaciones de apoyo a las familias cuidadoras en cada zona es conveniente realizar un diseño coordinado de las actuaciones de intervención con familias cuidadoras que recoja una organización factible desde los recursos disponibles para este propósito.

En este sentido, se considera de interés presentar un guión operativo que oriente el diseño del programa. Este procedimiento implica describir cada uno de los tres elementos anteriormente descritos: el asesoramiento individualizado, la formación y el apoyo psicológico, desde la coordinación de los recursos existentes en cada territorio y desde el consenso de los sistemas implicados. La idea no es otra que este esquema, u otro similar, sirva para diseñar los distintos componentes básicos que conforman la atención directa a familias cuidadores desde la coordinación de los servicios sociales y sanitarios partiendo siempre de la realidad concreta de cada zona rural. El guión que aparece en la Tabla nº 4 incluye los distintos apartados que en cada componente deben estar especificados y consensuados por los distintos profesionales del territorio que intervengan en el programa.

Denominación del componente:
Finalidad ¿Cuál es la finalidad de este componente? Objetivos ¿Qué objetivos específicos queremos conseguir?
Características de la intervención ¿En qué modelos teóricos y principios se basa este componente de intervención? ¿Qué criterios profesionales se derivan de estos principios? ¿Qué características de la intervención deben ser destacadas?
Personas destinatarias ¿A qué grupos de personas cuidadoras se destina este componente de intervención? ¿Existe algún grupo prioritario?
Actuaciones y metodología ¿Qué actuaciones deben ser desarrolladas? ¿Cómo desarrollar y articular la intervención? ¿Con qué instrumentos? ¿Con qué mecanismos de coordinación?
Recursos ¿Qué sistemas y recursos intervienen? ¿Dónde se lleva a cabo la intervención? ¿Qué profesionales toman parte y con qué dedicación? ¿Con qué medios materiales?
Temporalización ¿En qué momento se produce la intervención? ¿Durante qué periodo se extiende?
Evaluación ¿Qué modelo de evaluación se propone? ¿Con qué instrumentos? ¿Qué sistema de seguimiento técnico se llevará a cabo?

Tabla nº 4: Guión operativo para el diseño de los componentes que integren el programa de intervención con familias cuidadoras de personas en situación de dependencia.

Desde un planteamiento cooperativo **resulta crucial lograr la participación e implicación, fundamentalmente, de dos sistemas: el sanitario y el de los servicios sociales**. El tipo de profesionales implicados, y la intensidad de su colaboración, dependerán del componente en concreto. En la Tabla N° 5 se **recoge una aproximación, para las zonas rurales, de los profesionales de los servicios sociales y sanitarios con capacidad y competencias en cada uno de los tres componentes básicos del programa de intervención con familias cuidadoras**.

<p>a) En los servicios asesoramiento individualizado(ver nota 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios sociales municipales (trabajador/a social) - Servicios atención primaria de salud (trabajador/a social y enfermería) - Servicios sociales especializados (trabajador/a social, otros)
<p>b) En la formación de familiares (ver notas 2 y 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios sociales municipales (trabajador/a social; educadores/as y auxiliares del SAD). - Servicios atención primaria de salud (trabajador/a social, enfermería, médico/a). - Servicios sociales especializados (trabajador/a social, psicólogo/a, terapeuta ocupacional y otros) - Servicios atención especializada de salud
<p>c) Profesionales para el apoyo psicológico de familias (ver notas 2 y 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios sociales municipales (trabajador/a social y otros) - Servicios atención primaria de salud (trabajador/a social, enfermería) - Servicios sociales especializados (trabajador/a social, psicólogo/a, terapeuta ocupacional y otros) - Servicios atención especializada de salud (equipos de salud mental)
<p>Notas:</p> <p>(1) Puede resultar de interés elaborar un protocolo de Información y orientación consensuado común que recoja, al menos las siguientes cuestiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profesional de primer contacto para la información y orientación en cada recurso. - Principales contenidos integrantes de la información inicial - Protocolo común para la evaluación de la situación y carga familiar - Sistema de derivación hacia el asesoramiento por parte de otros profesionales <p>(2) Aunque se avanza en la extensión descentralizada de los recursos sociales especializados (centros de atención diurna, residencias) éstos suelen estar organizados en unidades supramunicipales (zonas básicas, comarcas...) con un área de cobertura superior al municipal. Esta organización incide en que los recursos especializados no suelen estar ubicados en los municipios de menor población aunque se sitúen dentro de su área de cobertura territorial. En este sentido, se deberá contar y proponer la colaboración de los equipos profesionales (psicólogos, terapeutas ocupacionales, pedagogos, trabajadores sociales, educadores...) que presten su labor en estos recursos especializados que aún estando ubicados fuera del municipio, mantengan al mismo dentro de su área de influencia.</p> <p>(3) En los municipios rurales no suelen estar ubicados los recursos sanitarios especializados. No obstante, en caso de obtener colaboración de recursos cercanos (hospitales de referencia con consultas externas especializadas o centros de salud mental fundamentalmente), habrá que tener en cuenta la presencia de dispositivos de salud mental (psiquiatras, psicológicos clínicos) u otros médicos especialistas (neurología, geriatría, endocrino, traumatología...).</p>

Tabla N° 5. Profesionales que en las zonas rurales deben participar en los distintos componentes del programa de intervención con familias cuidadoras.

3.2. Un ejemplo: la descripción de los tres componentes del programa de intervención con familias cuidadoras de personas mayores en el municipio rural de Carta.

Con el objetivo de ilustrar esta propuesta metodológica, a continuación se presenta, para cada componente integrante del programa, una propuesta concreta de diseño y organización en un territorio rural en el transcurso de un año. Tomando como referencia un ejemplo imaginario de un municipio rural - el municipio de *Carta*-, se han cumplimentado distintas fichas que recogen la

descripción de cada uno de los tres componentes del programa según el esquema de trabajo anterior.

Carta es un municipio rural ubicado en una zona geográfica de media montaña. Tiene un total de 2.049 habitantes, de los cuales 685 tienen más de 64 años (el 33,4% de su población) y entre éstos 167 más de 79 (el 8 % de la población total). La estimación de personas en situación de dependencia dentro del grupo de mayores de 64 se sitúa alrededor de las 140 personas.

Carta tiene dentro del propio municipio los siguientes recursos de interés para el diseño de un programa de apoyo a familia cuidadoras de personas mayores dependientes:

- Servicios sociales municipales. 1 Unidad de trabajo social: cuenta con una trabajadora social 2 días a la semana y un educador 1 día a la semana. Servicio de ayuda a domicilio con 3 auxiliares para llevarlo a cabo.
- Atención primaria de salud. 1 Centro de salud con dos médicos y dos enfermeras. El centro ofrece cobertura no sólo a *Carta* sino a la Mancomunidad.
- Movimiento asociativo: 1 centro social gestionado por una asociación de personas mayores que abre sus servicios al conjunto de la población (cafetería, charlas de salud, juegos, organización de exposiciones...).

El municipio de *Carta* está integrado en la Mancomunidad de *Hermosilla*, la cual incorpora un total de cuatro municipios. Esta mancomunidad dispone de otros recursos, la mayoría de ellos ubicados en una localidad de mayor población, *Venta*, que dista de *Carta* 40 kilómetros. En *Venta* existe, además de una red similar descrita para *Carta*, un Centro de día para personas mayores en situación de dependencia con capacidad de 30 plazas. Como equipo profesional tiene 1 director que es además T. Social, 1 psicólogo (1/2 jornada), 1 terapeuta ocupacional (1/2 jornada) y 6 gerocultores.

El diseño del programa de intervención con familias cuidadoras que a continuación se muestra mediante sus fichas resumen, se realizó conjuntamente por profesionales del centro de salud, centro de servicios sociales municipales y del centro de día de *Venta*.

<i>Componente 1. Servicio de Asesoramiento individualizado para familias cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia en el municipio de Carta.</i>
Finalidad Ofrecer a las familias información y orientación individualizada a lo largo del proceso de cuidados de una persona mayor en situación de dependencia.
Objetivos ✓ Poner en marcha en los dispositivos de primer nivel (salud y servicios sociales) un sistema coordinado de información y orientación a familias cuidadoras. ✓ Articular un sistema de asesoramiento puntual a las familias cuidadoras ante necesidades o dificultades específicas.
Características de la intervención

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individualizada en función de las vivencias y necesidades del grupo familiar ▪ Preventiva ▪ Educativa y capacitadora para el grupo familiar ▪ Coordinada entre los sistemas de atención implicados ▪ De organización flexible ▪ Complementaria a otros apoyos para la familia cuidadora ▪ Descentralizada y próxima desde el acceso al servicio de orientación en dos niveles de atención primaria (salud y servicios sociales) cercanos al ciudadano ▪ Dirigida a fomentar el compartir los cuidados entre hombres y mujeres
<p>Personas destinatarias</p> <p>Todas las familias que cuidan o colaboran en los cuidados de las personas en situación de dependencia de <i>Carta</i>.</p>
<p>Actuaciones y metodología</p> <p>1) Elaboración de un protocolo de contenidos mínimos de información para utilizar conjuntamente desde el centro de atención primaria y de servicios sociales municipales.</p> <p>2) Diseño de un modelo de derivación para cuestiones de asesoramiento específico, siguiendo un sistema de cita previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De servicios sociales municipales al centro de atención primaria (médico o enfermera) • Del centro de salud a servicios sociales municipales • Del centro de salud o servicios sociales municipales al centro de día de <i>Venta</i> (psicólogo y terapeuta ocupacional) <p>3) Diseño y puesta en marcha de un protocolo de evaluación de la carga familiar, con revisión semestral donde además de registrar distintas variables relacionadas con la situación de cuidados y la carga familiar se incluya escalas de carga del cuidador de uso común por parte del centro de salud de atención primaria y de servicios sociales municipales.</p>
<p>Recursos humanos implicados</p> <p>Primer nivel de información y orientación: Servicios sociales municipales (Trabajadora social) Centro de salud de <i>Carta</i> (Enfermero)</p> <p>Asesoramientos puntuales específicos efectuados desde derivaciones: Centro de Día de <i>Venta</i> (Psicóloga y Terapeuta Ocupacional)</p>
<p>Temporalización</p> <p>Servicios en funcionamiento continuo</p>
<p>Evaluación</p> <p>a) Evaluación de cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> • nº de familias cuidadoras de personas mayores dependientes atendidas/nº total de familias cuidadoras de personas mayores dependientes en <i>Carta</i> <p>b) Evaluación del proceso y esfuerzo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de evaluación realizados y grado de implantación • Modelos de derivación efectuados y grado de implantación • Nº de atenciones profesionales de orientación a familias cuidadoras <ul style="list-style-type: none"> - Nº atenciones dispensadas en el servicio por parte de S. Sociales Municipales <i>Carta</i> - Nº atenciones dispensadas en el servicio por parte del C. Salud <i>Carta</i> - Nº atenciones dispensadas en el servicio por parte de Psicóloga (C Día <i>Venta</i>)

- Nº atenciones dispensadas en el servicio por parte de T. Ocupacional (C Día *Venta*)

- Nº reuniones de coordinación profesional efectuadas

- Nº y tipo de derivaciones (entre dispositivos implicados) profesionales realizadas

c) Evaluación de resultados

- Cuestionarios a familias de valoración del servicio de orientación (valoración cuantitativa y cualitativa)

- Valoración cualitativa de los profesionales implicados (DAFO)

Componente nº: 2. Formación de familias cuidadoras de personas mayores dependientes en el municipio de Carta.

Estrategia 1. Formación básica

Finalidad

Mejorar la calidad de los cuidados que las familias cuidadoras dispensan a las personas mayores en situación de dependencia.

Objetivos

- ✓ Dotar de conocimientos genéricos así como desarrollar actitudes y ciertas habilidades que permitan a la familia cuidadora el cuidado integral a la persona mayor.
- ✓ Sensibilizar a las familias cuidadoras de la importancia de recibir ayuda y aprender a cuidarse.

Características de la intervención

- Preventiva
- Educativa y capacitadora para el grupo familiar
- Coordinada entre los sistemas de atención implicados
- De organización flexible
- Dirigida a grupos heterogéneos de familias cuidadoras
- Complementaria a otros apoyos para la familia cuidadora
- Temporalizada en función de los objetivos formativos específicos Individualizada en función de las vivencias y necesidades del grupo familiar
- Descentralizada y próxima desde lugares cercanos al ciudadano (centro de salud)
- Dirigida a fomentar el compartir los cuidados entre hombres y mujeres

Personas destinatarias

Familias cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia de Carta

Grupos prioritarios:

- Familias de personas mayores usuarias del SAD
- Familias que no han acudido nunca a acciones formativas
- Familias cuidadoras en fases iniciales de cuidados

Actuaciones y metodología

Organización del Curso para familias cuidadoras "Iniciación a los cuidados de una persona mayor en situación de dependencia". Se realizará en el centro de Salud de *Carta*. A todas las sesiones acudirán la enfermera del centro de salud y la trabajadora social municipal.

Grupo único (máximo 40 personas)

Temas a desarrollar en sesiones de 1 hora y 30' (45 minutos tema; resto coloquio e intercambio entre asistentes):

Sesión 1. El proceso de envejecimiento y la aparición de la dependencia. Profesional guía de los contenidos: Médico del centro de salud de *Carta*.

Sesión 2. La repercusión de los cuidados en la familia. El cuidado al cuidador. Profesional guía de los contenidos: Trabajadora social de servicios sociales municipales de la Mancomunidad.

Sesión 3. Las actividades de la vida diaria desde la promoción de la autonomía y la independencia. Profesional guía de los contenidos: Enfermera del centro de salud de *Carta*.

Sesión 4. El manejo de situaciones y comportamientos difíciles. Profesional guía de los contenidos: Psicóloga del Centro de día de *Venta*.

Sesión 5. Hábitos de salud y cuidados básicos de enfermería en la persona mayor en situación de dependencia. Profesional guía de los contenidos: Enfermera del centro de salud de *Carta*.

Sesión 6. Recursos sociosanitarios: descripción y utilización. Profesional guía de los contenidos: Trabajadora social de servicios sociales municipales de la Mancomunidad.

Sesión 7. Aspectos éticos y legales en el cuidado de personas en situación de dependencia. Profesional guía de los contenidos:
Trabajadora social de servicios sociales municipales de la Mancomunidad.

Recursos

Centro de salud de Carta:
Médica (sesión 1)
Enfermero (las siete sesiones)
Servicios sociales:
Trabajadora Social Municipal (las siete sesiones)
Psicóloga del Centro de día de Venta (sesión 4)

Temporalización

Curso de duración limitada que se realizará durante 7 sesiones de frecuencia semanal, durante los meses de febrero y marzo.

Evaluación

a) Evaluación de cobertura

- nº de familias cuidadoras de personas mayores participantes en formación básica

b) Evaluación del proceso y esfuerzo

- Sesiones formativas realizadas
- Horas de formación desarrolladas
- Profesionales implicados
- Nº reuniones de coordinación profesional efectuadas

c) Evaluación de resultados

- Cuestionario de valoración a familias participantes en el curso de formación básica (valoración cuantitativa y cualitativa)
- Valoración cualitativa de los profesionales implicados (DAFO)

Estrategia 2. Formación avanzada

Finalidad

Mejorar la calidad de los cuidados que las familias cuidadoras dispensan a las personas mayores en situaciones específicas.

Objetivos

- ✓ Dotar de conocimientos así como desarrollar actitudes y habilidades que permitan a la familia cuidadora el cuidado integral a la persona mayor con demencia.
- ✓ Desarrollar en el cuidador principal habilidades de manejo de la persona mayor inmovilizada.

Características de la intervención

- Educativa y capacitadora para el grupo familiar
- Coordinada entre los sistemas de atención implicados
- De organización flexible
- Dirigida a grupos homogéneos
- Complementaria a otros apoyos para la familia cuidadora
- Temporalizada en función de los objetivos formativos específicos
- Descentralizada y próxima desde lugares cercanos al ciudadano (centro de salud)
- Dirigida a fomentar el compartir los cuidados entre hombres y mujeres

<p>Personas destinatarias</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Familias cuidadoras de personas mayores con deterioro cognitivo ▪ Familias cuidadoras de personas mayores inmovilizadas en cama
<p>Actuaciones y metodología</p> <p>1) Curso para el cuidado integral de personas mayores con deterioro cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Envejecimiento cerebral normal y patológico. Las demencias. ▪ La enfermedad de Alzheimer. Su evolución y principales síntomas neuropsicológicos ▪ Manejo de las alteraciones del comportamiento I: deambulación, agitación, agresión, conductas repetitivas. ▪ Manejo de las alteraciones del comportamiento II: apatía, pérdida objetos, ideas delirantes y alucinaciones, insomnio. ▪ Las actividades de la vida diaria I: higiene y baño, deambulación, continencia ▪ Las actividades de la vida diaria II: vestido, comida y actividades instrumentales ▪ La comunicación con la persona con deterioro cognitivo ▪ Estimulación global en el domicilio <p>Abierto a los cuidadores de la mancomunidad que deseen asistir. Máximo 40 personas.</p> <p>2) Taller de atención integral a personas inmovilizadas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caracterización general de la atención a la persona inmovilizada ▪ Cambios posturales ▪ Alimentación por sonda ▪ Curas básicas ▪ Abordaje de la incontinencia ▪ Desordenes psicológicos y pautas para el apoyo emocional <p>Abierto a los cuidadores de la mancomunidad que deseen asistir. Máximo 20 personas.</p>
<p>Recursos implicados</p> <p>Curso para el cuidado integral de personas mayores con deterioro cognitivo Centro de salud de <i>Carta</i>: Médica (sesión 1 y 2) Enfermero (sesiones 7 y 8) Servicios sociales: Psicóloga del Centro de día de <i>Venta</i> (sesiones 3,4,7 y 8)</p> <p>Taller de atención integral a personas inmovilizadas Centro de salud de <i>Carta</i>: Médica (sesión 1) Enfermero (sesiones 2,3, 4 y 5) Servicios sociales: Psicóloga del Centro de día de <i>Venta</i> (sesión 5)</p>
<p>Temporalización</p> <p>Cursos para el cuidado integral de personas mayores con deterioro cognitivo Sesiones semanales. Meses: Mayo y junio Taller de atención integral para la persona inmovilizada. 2 sesiones a la semana. Mes: Octubre</p>
<p>Evaluación</p>

a) Evaluación de cobertura

- n° de familias cuidadoras participantes en formación avanzada

b) Evaluación del proceso y esfuerzo

- Sesiones formativas realizadas
- Horas de formación desarrolladas
- Profesionales implicados
- N° reuniones de coordinación profesional efectuadas

c) Evaluación de resultados

- Cuestionario de valoración a familias participantes en el curso de formación específica (valoración cuantitativa y cualitativa)
- Valoración cualitativa de los profesionales implicados (DAFO)

Componente n° : 3. Apoyo psicológico a familias cuidadoras de personas mayores dependientes en el municipio de Carta.	
Estrategia 1: Grupo de apoyo	
Finalidad	Desarrollar en la personas cuidadoras habilidades personales de manejo del estrés que provoca la situación concreta de cuidados.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Profundizar en los conocimientos sobre el funcionamiento y gestión del estrés procedente del cuidado de una persona dependiente - Aprender a identificar y manejar los pensamientos disfuncionales - Desarrollar habilidades para un mejor manejo de las situaciones complejas derivadas de alteraciones en el comportamiento de la persona cuidada. - Reflexionar sobre las interacciones cuidador*persona cuidada y desarrollar estilos de comunicación optimizadores
Características de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educativa y capacitadora para el grupo familiar ▪ Terapéutica ▪ Complementaria a otros apoyos para la familia cuidadora ▪ Coordinada entre los sistemas de atención implicados ▪ Acceso con prescripción técnica ▪ Grupos homogéneos ▪ Temporalizada en función de objetivos específicos
Personas destinatarias	Cuidadores/as de personas en situación de dependencia que presenten alteraciones conductuales de difícil manejo. Cuidadores/as con alta carga emocional o especial necesidad de desarrollar habilidades de un adecuado manejo del estrés.
Actuaciones y metodología	<p>Aproximación de contenidos (a concretar en función de las necesidades detectadas en el grupo de cuidadores principales):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas para el abordaje de situaciones complejas (problemas de comunicación y alteraciones del comportamiento de la persona mayor cuidada). - Detección y trabajo con pensamientos disfuncionales sobre el cuidado de personas dependientes. - Trabajo sobre estilos de comunicación persona cuidada-cuidador (análisis de situaciones y casos, role-playing...) <p>Abierto a los cuidadores de la mancomunidad que deseen asistir y que cumplan requisitos de acceso (ver grupos prioritarios). Máximo 12 personas. Grupo de reuniones quincenales guiados por la psicóloga del C Día de <i>Venta</i>. Se realizará en el C. Día de <i>Venta</i>.</p>
Recursos	Servicios sociales: Psicóloga del Centro de día de <i>Venta</i>
Temporalización	Meses septiembre-diciembre: sesiones quincenales
Evaluación	<p>a) Evaluación de cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> • n° de familias cuidadoras participantes en grupo de apoyo

<p>b) Evaluación del proceso y esfuerzo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones grupales realizadas • Horas de grupo de apoyo desarrolladas • Profesionales implicados <p>c) Evaluación de resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de valoración a familias participantes en el grupo de apoyo (valoración cuantitativa y cualitativa) • Escalas específicas dirigidas a evaluar variables abordadas en la intervención
Estrategia 2: Grupo de autoayuda
<p>Finalidad</p> <p>Ofrecer apoyo emocional a las personas cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia desde el intercambio con el grupo de iguales</p> <p>Objetivos</p> <p>Proporcionar un espacio que permita a las personas cuidadoras que lo deseen el desahogo emocional y el intercambio de experiencias periódicamente.</p>
<p>Características de la intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proveedora de apoyo emocional desde el grupo de iguales ▪ De organización flexible ▪ Complementaria a otros apoyos para la familia cuidadora ▪ Descentralizada y próxima desde lugares cercanos al ciudadano (asociación de personas mayores) ▪ Intervención continuada (no temporalizada)
<p>Personas destinatarias</p> <p>Cuidadores de personas dependientes que deseen o precisen un apoyo emocional más continuado bien por cuestiones personales (variables de personalidad) o sociales (falta de apoyo social).</p>
<p>Actuaciones y metodología</p> <p>Abierto a los cuidadores de la mancomunidad que deseen asistir. Reuniones mensuales en la asociación de personas mayores de <i>Carta</i>. Constitución del grupo con apoyo inicial de la Trabajadora Social.</p>
<p>Recursos</p> <p>Asociación de personas mayores de <i>Carta</i> Trabajadora Social Municipal de <i>Carta</i> (apoyo inicial y esporádico)</p>
<p>Temporalización</p> <p>Reuniones mensuales Duración aproximada de las reuniones: 2 horas</p>
<p>Evaluación</p> <p>a) Evaluación de cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> • n° de familias cuidadoras de personas mayores dependientes participantes en grupo de apoyo

b) Evaluación del proceso y esfuerzo

- Sesiones grupales realizadas
- Horas de grupo de autoayuda desarrolladas
- Profesionales implicados

c) Evaluación de resultados

- Cuestionario de valoración a familias participantes en el grupo de autoayuda (valoración cuantitativa y cualitativa)

BIBLIOGRAFIA

1. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1-8.
2. Gallager D, Rose J, Rivera P. Prevalence of depression in family caregivers. *The gerontologist* 1989; 29,4:449-455.
3. Izal V, Montorio I. Evaluación del medio y del cuidador del demente. EN: Peña-Casanova J. y del Ser T. 8Eds) *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Propuse, 1992; 201-222.
4. Losada A, Izal M, Montorio I, Marquez M, Pérez G. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familias con demencia. *Rev Neurol* 2004; 38 (8): 791-708.
5. Martínez T.(en prensa) Centros de atención diurna para personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Colección Gerontología Social SEGG. Madrid, Médica-panamericana.
6. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The gerontologist* 1986; 26: 253-259.
7. Padierna JA. Apoyo socioasistencial a los familiares de los enfermos de Alzheimer. La carga asistencial. *Zerbituan* 1993; 22:47-53.
8. Pearling LI (1994) Conceptual strategies for the study of caregiver stress, en E. Light y C. Niederehe y BD Lebowitz (eds.) *Stress effects on family of Alzheimer's patients*, Nueva York: Springer.
9. Pearling LI et al (1990) Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*: 1990; 30:583-594.
10. Rodríguez P. (2004). El envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas. *Boletín sobre el envejecimiento. Tendencias y Perfiles*. IMSERSO 2004; nº 11.
11. Yanguas JJ, Leturia F, Leturia M. (2001) Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. www.matiaf.net/profesionales/articulos.
12. Zarit SH, Reeves KE, Bach-Petersonj. Relatives of the impaired elderly: correlate of feelings of burden. *The gerontologist* 1980; 20:649-655.
13. Zarit SH, ToddP, Zarit J. Subjective burden of husband and wives as caregiver: a longitudinal study. *The gerontologist* 1986; 26: 260-266.