



## Estudios e Investigaciones

# PERSONAS CUIDADORAS FORMALES Y FAMILIARES Y SALUD

**Equipo investigador dirigido por: María del Pilar Sánchez López**

### INVESTIGADORES/AS COLABORADORES/AS

Centro Coordinador de Madrid

- Pilar Sánchez
- Virginia Dresch
- Marta Aparicio
- Violeta Cardenal
- Silvia Sánchez

Grupo Investigador de Murcia

- Rosa Limiñana
- Rosa Patró
- Javier Corbalán

Jóvenes Investigadores

- Fátima Sánchez
- Karla Escalante
- Isabel Cuéllar
- Concepción Martínez
- Ramón Martín
- Lucía Colodro

Investigadores/as Profesionales

Murcia

- Carmen Brufau
- Carmen Llor
- Francisco Coll

Alicante

- Josefa Contreras

Segovia

- Esperanza Manso
- M. Ángeles Raquejo

Madrid

- Susana Donate

Zaragoza

- Lucía

**Universidad Complutense de Madrid**

**NIPO: 685-14-036-3**

*Exp. 18/09*



## PERSONAS CUIDADORAS FORMALES Y FAMILIARES Y SALUD

**Investigadora principal:** María del Pilar Sánchez López, *Universidad Complutense de Madrid*

**Equipo de investigación:**

**Coordinadoras de área:**

*Cuéllar Flores, Isabel*

*Limiñana Gras, Rosa María*

*Manso Martínez, M<sup>a</sup> Esperanza*

**Colaboradores/as principales:**

*Colodro Conde, Lucía*

*de Andrés Jiménez, Elena*

*Marrón Moya, Servando*

*Tomás Aragonés, Lucía*

*Llor Moreno, María Carmen*

*Patró Hernández, Rosa*

*Ródenas Ríos, María*

**Colaboradores/as:**

*Aparicio García, Marta Evelia*

*Brufau Redondo, Carmen*

*Cardenal Hernández, Violeta*

*Coll Espinosa, Francisco Jesús*

*Contreras Gil, Josefa*

*Corbalán Berná, Francisco*

*Donate Martínez, Susana*

*Dresch, Virginia*

*Escalante Raventós, Karla Patricia*

*Martín Brufau, Ramón*

*Martínez Rodríguez, Concepción*

*Requejo, M<sup>a</sup> Ángeles*

*Sánchez Beleña, Fátima*

*Sánchez-Herrero Arbide, Silvia*

### Memoria de Investigación

**Convocatoria:** Resolución 3 de noviembre de 2009, del Instituto de la Mujer (BOE 6 de noviembre)

**Expediente:** 18/09

**Fecha de realización:** 2010-2012

**ÍNDICE**

<b>1. Introducción teórica</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Estado de la investigación sobre el cuidado en la actualidad: situación de riesgo para la salud</b>	
<b>1.2. Salud laboral en cuidadores/as remunerados/as</b>	
<b>1.3. Género, cuidados y salud</b>	
<b>1.4. Intervenciones en cuidadores</b>	
<b>2. Objetivos</b>	<b>6</b>
<b>3. Metodología</b>	<b>7</b>
<b>3.1. Etapas.</b>	
<b>3.2. Hipótesis y diseño</b>	
<b>3.3. Variables e instrumentos de medida</b>	
<b>3.4. Participantes</b>	
<b>3.5. Análisis de datos</b>	
<b>3.6. Procedimiento</b>	
<b>4. Resultados: impacto asistencial</b>	<b>19</b>
<b>5. Resultados: impacto científico</b>	<b>21</b>
<b>6. Resultados: impacto en difusión</b>	<b>31</b>
<b>7. Conclusiones y prospectiva</b>	<b>37</b>
<b>a. Impacto científico y asistencial</b>	
<b>b. Impacto en la difusión científica y profesional de conocimientos</b>	
<b>8. Bibliografía</b>	<b>40</b>
<b>9. Anexos</b>	<b>43</b>

## **0. Lista de significados de las abreviaturas utilizadas**

**CPD = Personas cuidadoras de familiares con discapacidades motoras, sensoriales o intelectuales**

**CPM = Personas cuidadoras de familiares mayores**

**CPTM = Personas cuidadoras de familiares con trastornos mentales graves**

**CRD = Personas cuidadoras remuneradas**

**PE = Personal de enfermería**

**IS = Índices de Salud física y psicológica**

## **1. Introducción teórica**

### **1.1. Estado de la investigación sobre el cuidado en la actualidad: situación de riesgo para la salud**

El 9% de la población española tiene alguna discapacidad, de esas personas 3,85 millones residen en hogares y 269.400 en centros o instituciones (INE, 2008). La existencia de personas con discapacidad supone siempre la necesidad de otras personas que las asistan; la dimensión de esta situación ha sido reconocida en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (BOE, 2006), que define el área de la atención a los cuidados de larga duración como el “cuarto pilar del Estado de Bienestar”. Existe, además, un gran acuerdo entre los investigadores con respecto a que cuidar suele asociarse a consecuencias negativas para la salud física y psicológica de los cuidadores/as, tanto de hijos/as con discapacidad (CPD), como de cuidadores/as familiares de personas mayores (CPM) y de personas con trastornos mentales graves (CPTM), e incluso de los/as auxiliares de enfermería o cuidadores/as remunerados directos (CRD). De forma más específica: los CPM y CPD padecen mayores niveles de sintomatología depresiva y ansiedad, que otras personas igualadas en edad y sexo (ser hombre o ser mujer) (King y Brassington, 1997; Rose-Rego et al., 1998; Seltzer et al., 2001, 2004), e informan de una peor salud física, por ej., un mayor número de enfermedades crónicas y uso de medicación (Pinquart y Sörensen, 2003). Semejantes problemas tienen los CPTM (Gutierrez-Maldonado et al. 2005; Schene et al., 1998). Ocuparse de un familiar enfermo se relaciona con una menor inmunocompetencia, mayores tasas de lípidos y mayor reactividad neuro-endocrina (Kiecolt-Glaser et al., 1994; Pinquart y Sörensen, 2003). Además, el cuidado afecta a áreas de la vida como el ocio (Ellenbogen et al., 2006; Zapart et al., 2007), la vida familiar (un 80,2% de los cuidadores/as informa de que tienen problemas en éstas áreas a consecuencia del cuidado – IMSERSO, 2005), el trabajo (Canadian Aging Research Network, 1993; Lee et al., 2001), especialmente en mujeres (Gignac et al., 1996), y las relaciones sociales (Lieberman y Fisher, 1995). Los costes económicos del cuidado en las familias y en los servicios de salud no son menos importantes (Artaso et al., 2002; García-Calvente et al., 1991).

### **1.2. Salud laboral en cuidadores/as remunerados/as**

Los/as auxiliares de enfermería y cuidadores/as remunerados/as directos (CRD) (existen dificultades en su denominación, lo cual ya es indicador de su escasa regulación) son los principales proveedores remunerados de la atención a personas dependientes en la mayoría de los países (en España, en el sector de servicios

sociales, los/as auxiliares de enfermería representan el 24.5% del total de trabajadores; EPA, 2005), se encargan del trabajo físico y emocional más duro en las instituciones de salud (Eriksen et al., 2006) y son una de las ocupaciones que más está creciendo (Muntaner et al. 2006); sin embargo, han recibido una escasa atención. A pesar de ello, como decimos, existen algunos datos indicadores de las dificultades que estos trabajadores tienen. Según el Bureau of Labor Statistics, en EEUU el cuidado directo fue uno de los trabajos que mayor número de patologías presentó, un 10.1% en aquellos/as que trabajaban en residencias, mayor que en la construcción o que la media de todo el empleo privado (DOL, "Workplace Injuries and Illnesses in 2003," December 14, 2004). González y Domínguez (2000), Eriksen (2003, 2006, 2006), Eriksen et al. (2003, 2006, 2008) y Vinaccia y Alvaran (2004) han mostrado que es frecuente que los CRD tengan lesiones osteomusculares, problemas para dormir, malestar psicológico, burnout y fatiga crónica, y es uno de los grupos ocupacionales con mayores tasas de absentismo laboral. Además, este puesto generalmente va asociado a condiciones laborales poco favorables (salarios bajos, elevadas cargas de trabajo, turnos rotatorios, formación limitada y ausencia de control sobre las tareas; Mickus et al., 2004). Luego parece sustantivo (y urgente) estudiar este colectivo, por los beneficios que se pueden obtener si establecemos cuales son los recursos que mejorarían su salud.

- Multideterminación de las relaciones entre el cuidado y la salud

Existen, pues, evidencias suficientes sobre que el hecho de cuidar a una persona en situación de dependencia, cualquiera que sea el problema concreto que origine la dependencia, y el tipo de relación que se establezca entre cuidador/a y persona cuidada, puede suponer un riesgo para la salud de la persona que cuida. Sabemos, no obstante, que el cuidado no afecta siempre de la misma manera; algunas de las variables moduladoras que la investigación ha mostrado como más importantes son:

\* mayor edad y ser cónyuge en CPM (Pinquart y Sorensen, 2003), la edad en CPD y en personal de enfermería (PE) (Chang et al. 2006).

\* un nivel socioeconómico bajo en CPD (Lambertos et al. 1996).

\* ser mujer en CPM (Vitaliano et al. 2003), en CPD y en PE (Lengacher, 1993).

\* el apoyo social, formal o informal en CPD (Gil y Harris, 1991), de los CPM (Laserna et al., 1997) de los CPTM (Webb et al., 1998) y del personal de enfermería (Bourbonnais et al., 1999).

\* el afrontamiento y los estilos de personalidad en CPM, CPD (Haley et al., 1987; Pushkar-Gold et al., 1995) y en PE (Pisarski et al., 1998; Shimizutani et al. 2008).

\* la "carga objetiva" o grado de discapacidad de la persona cuidada (Chipchase y Lincoln, 2001; Loebig, 1990; Canning et al., 1996; Tobia, 2001).

\* la "carga percibida" o la valoración subjetiva del cuidado (Gallagher et al., 2008).

Asimismo, existen otros factores moduladores que merecen un mayor esclarecimiento, por ej., el tipo de dificultad de la persona dependiente (demencia, trastornos mentales o discapacidades físicas o intelectuales), o si las condiciones laborales que se han demostrado importantes para la salud del personal de enfermería en general (como el número de horas de trabajo, la turnicidad, las demandas laborales, el control en el trabajo, las responsabilidades familiares y el apoyo social; Bourbonnais et al., 2002; 2005) son también aplicables a los CRD específicamente. Además, estas variables moduladoras han sido estudiadas, en la mayoría de los casos, de forma independiente, y, aunque se han mostrado suficientemente explicativas, las aproximaciones multivariadas y mediante modelos teóricos que atiendan a sus interacciones, son todavía escasos (López y Crespo, 2008; Vitaliano et al., 2003). El enfoque que tiene una mayor utilidad y valor explicativo es el que se sitúa dentro del marco del afrontamiento del estrés (Knight et al., 2000; Montorio et al., 1999; Pearlin et al., 1990), también en el cuidado remunerado (Demerouti et al. 2000 en enfermería; y Cohen-Mansfield, 1995, en cuidado a domicilio), pues va a permitir organizar los resultados, planificar las estrategias de actuación y prevención con los diferentes subgrupos de cuidadores que la investigación muestre como significativos y maximizar

su eficacia. Estos modelos se fundamentan en los bien conocidos efectos que los factores psicosociales tienen sobre la prevención de la salud: el consumo de alcohol y tabaco (Duberstein et al., 1993), el ejercicio (Dubbert, 1992), la asociación entre el apoyo social y la reducción del riesgo de morbilidad (House et al. 1988; Antoni et al., 2006), la eficacia de las intervenciones psicosociales en la prevención primaria y terciaria en diversas condiciones médicas (Razin, 1982; Classen et al., 1998; Antonioni et al. 2000; 2006) y los estilos de personalidad y las estrategias de afrontamiento como mediadoras del estrés (Antoni et al, 1999; Carver et al., 1993; Lazarus y Folkman, 1980; Millon et al., 2001; Young, 1992) y su relación con diversas funciones inmunológicas (Maier et al., 1994; Cruess et al., 2000; McGregor et al., 2004).

### **1.3. Género, cuidados y salud**

En cuanto al perfil de las personas cuidadoras, en España se corresponde fundamentalmente con mujeres: son el 84% de los CPM (IMSERSO, 2005), el 75% de los CPD (Jiménez y Huete, 2002), el 82% de los CPTM (Awad y Wallace, 1999), y el 82,58 de los CRD (INE, 2007). Las cuidadoras presentan mayores niveles de depresión, sobrecarga, ansiedad, menor bienestar subjetivo y peor salud física con respecto a los cuidadores varones (Pinquart y Sörensen, 2006); Vitaliano et al., 2003 y Yee y Schulz, 2000). Aunque se estima que la variabilidad de estas diferencias que es explicada por el sexo (ser mujer o varón) es un porcentaje pequeño (un 4%), estas diferencias son sólidas, al igual que lo son las diferencias en cuanto a la frecuencia de unas y otros en este tipo de tareas. Menos claras están, no obstante, las razones de esta situación y las interacciones entre el sexo y otras variables. Consideramos que las características del cuidado precisan incluir el género, y no sólo el sexo, como variable determinante en el modelo explicativo, pues esta área constituye uno de los espacios en los que tanto las desigualdades de género como sus determinantes se manifiestan con mayor claridad (Camps, 1998; García-Calvente et al. 2004). Creemos, con Crespo y López (2008), que es importante conocer qué variables se asocian a una peor salud en cada uno de los sexos, atendiendo a la diversidad y combinación de condiciones que predicen un peor ajuste, teniéndolas en cuenta a la hora de diseñar servicios y programas adaptados a las cuidadoras y cuidadores, pero es también importante aclarar cuáles son los factores que hacen más probable que las mujeres presenten peor salud y que ejerzan roles relacionados con el cuidado, y aunque ya se han apuntado varias explicaciones (por ej. Limiñana, 2006; Crespo y López, 2008; Limiñana, Corbalán y Calvo, 2009), todavía no se ha operativizado ninguna. La necesidad de incluir la perspectiva de género en la salud está suficientemente documentada, a nivel académico (Goldman y Hatch, 2000) y a nivel de políticas y programas de salud (Colomer y Sánchez-López, 2007; WHO Euro, 2001) y cada vez es más frecuente que se introduzca en la discusión o en la explicación de los resultados de los estudios. La posibilidad de incluir esta variable ya desde el momento de la evaluación de los sujetos se puede lograr mediante instrumentos que evalúen la acomodación individual a las expectativas y normas sociales en relación a cada uno de los sexos (Mahalik et al., 2003; 2005). Estas medidas, además, han mostrado su utilidad para predecir conductas relacionadas con la salud (Helgeson, 1990; Mahalik et al., 2007a; 2007b).

### **1.4. Intervenciones en personas cuidadoras**

Carretero et al. (2006) proponen dos tipos de intervenciones para CPM: los servicios de respiro (ayuda a domicilio, centros de día y residencias) y los programas psicosociales. Los primeros tienen la desventaja de que sus beneficios sobre la salud son confusos y contradictorios (Lawton et al., 1989; Forde y Pearlman, 1999). Algunos autores (Bass, 2002; Rodríguez, 1999; Zarit, 1994) señalan que esto puede deberse a que los cuidadores/as no utilizan este tiempo para “recuperar” sus recursos psicológicos, que la asistencia formal no se ajusta a sus necesidades y que se solicita cuando ya se encuentran en situaciones de crisis. En cuanto a los programas psicosociales, existe una gran diversidad; no obstante, la investigación actual apuesta por la utilización de paradigmas basados en la evidencia (Chambless et al. 1998; Task

Force, 1993), por lo que nos centraremos en los tratamientos que cumplen estos criterios. Este tipo de intervenciones están diseñadas con el objetivo de incrementar las habilidades de los cuidadores/as familiares para cuidar o cuidarse mejor (Losada et al., 2006) y así reducir el nivel de malestar y estrés. Tanto las intervenciones diseñadas para CPM como de personas con esquizofrenia suelen incluir contenidos sobre la enfermedad de los que cuidan, estrategias de solución de problemas y técnicas para aliviar los sentimientos negativos, como entrenamiento en actividades agradables y relajación, entre otras (Vallina y Serafín, 2003). Su eficacia para aliviar el malestar del cuidador es consistente (Muela y Godoy, 2001—en familiares de esquizofrénicos) y su tamaño del efecto en CPM es alto: entre .33 y 1.20 de media para el malestar psicológico y el incremento de habilidades (Gallagher-Thompson y Coon, 2007). A pesar de estos buenos resultados, se han propuesto una serie de limitaciones (Losada et al. 2005; Gallagher-Thompson y Coon, 2007): las intervenciones generalmente no se ajustan al modelo teórico propuesto, o, incluso, otras carecen de él; no utilizan procedimientos que evalúen el proceso de intervención, los posibles beneficios sociales (satisfacción familiar, uso de recursos), laborales o sobre la salud física (dolencias, medidas biológicas); son escasos los trabajos que comparen grupos y todavía no conocemos con exactitud qué tipo de cuidadores/as se benefician más de un programa específico; y, en CPTM, la mayoría de los estudios han investigado la salud del cuidador de una forma general y secundariamente a la salud de la persona cuidada (Awad y Voruganti, 2008). En CRD, el panorama es ciertamente desolador: los programas de entrenamiento buscan sobretodo mejorar las condiciones de los que reciben los cuidados, por ej. Kruijver et al. (2000) o Pades (2005); se centran en enfermeros/as, por ej. entrenamiento en habilidades sociales (Lee y Crockett, 1994) y técnicas de relajación (Álvarez y Simarro, 2003; Tsai y Crockett, 1993); además, la mayoría de estos programas presentan graves debilidades metodológicas (Mimura y Griffiths, 2008).

## 2. Objetivos

- i. Estudiar las características de salud de cuatro tipos de personas cuidadoras (remunerados/as –CRD-, familiares de personas con discapacidad –CPD-, de personas con trastornos mentales graves –CPTM- y de personas mayores –CPM-).

Sabemos, por la bibliografía y nuestros trabajos previos, que los familiares cuidadores tienen, consistentemente, peores niveles de salud psicológica y física. Para cumplir este objetivo se han comparado los cuatro grupos de personas cuidadoras (ver Metodología) con la población general, cuyos datos de comparación se han extraído de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2006 y de los datos incluidos en los manuales técnicos de los instrumentos utilizados. Otras variables menos estudiadas y que hemos evaluado, por su importancia para la salud, son la satisfacción y los hábitos de salud.

- ii. Estudiar las relaciones entre el sexo, el género y la salud en personas cuidadoras.

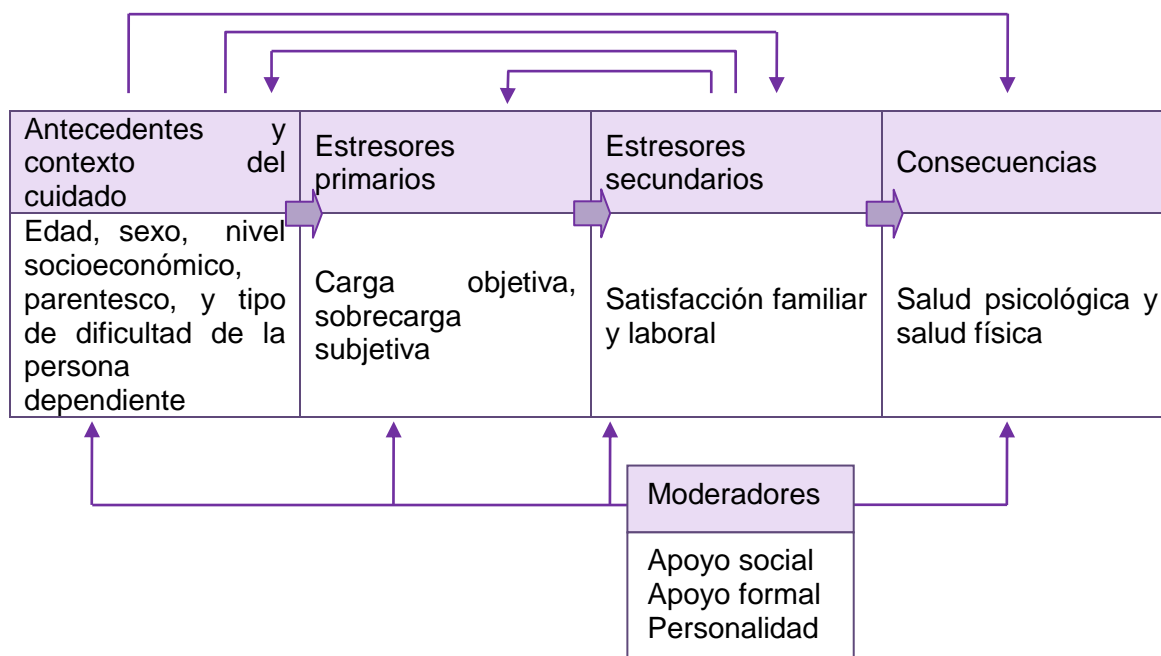
Para cumplir este objetivo se han comprobado los efectos de las dos primeras variables (sexo y género), por separado, sobre la tercera (salud), operativizando los efectos del factor “sexo” en diferencias en salud entre hombres y mujeres; y el factor “genero” a través de una medida de conformidad con las normas sociales que cada sociedad atribuye a los papeles sexuales, y sus relaciones con los índices de salud propuestos. Investigaciones nacionales e internacionales defienden que hay indicios claros, aunque no concluyentes, dada

la confusión en muchos casos entre las variables “sexo” y “género”, de que el género modula la relación entre sexo y salud.

- iii. Contrastar un modelo teórico de Afrontamiento del Estrés en el Cuidado en los cuatro tipos de personas cuidadoras.

Este objetivo es fundamental, puesto que constituye una de las limitaciones de las investigaciones con personas cuidadoras el hecho de que muchas carecen de un modelo teórico que permita explicar los resultados y guiar las interpretaciones. El modelo teórico que proponemos se basa en la bibliografía previa que establece tres grupos de variables: antecedentes, mediadoras y consecuencias sobre la salud (ver Metodología).

Figura 1. Modelo de Pearlin et al. (1990) adaptado a partir de las definiciones de Baron y Kenny (1986)



- iv. Comprobar la eficacia de un programa de intervención psicoeducativo basado en la evidencia a los cuatro grupos de personas cuidadoras, para mejorar sus IS.

Para cumplimentar este objetivo se han aplicado dos modalidades del programa, una en formato grupal (grupo de intervención) y otra en formato de contacto terapéutico reducido (grupo control o de comparación), se han re-evaluado a las personas cuidadoras al finalizar el programa y 6 meses después y se han comparado los índices de salud obtenidos en los participantes del programa de intervención grupal y en los participantes del programa de contacto terapéutico reducido o autoayuda.

### 3. Metodología

#### 3.1. Etapas.



## ETAPA 1

Se han evaluado las variables antecedentes, mediadoras y los índices de salud (ver Operativización de variables e instrumentos de medida) administrando un protocolo de cuestionarios a las personas cuidadoras en dos sesiones de evaluación de unos 30-40 minutos cada una. En estas sesiones se ha explicado en qué consiste la colaboración del participante y las medidas de confidencialidad, se ha pedido el consentimiento informado. Una vez que se recogieron los datos en cada centro, estos han sido enviados al centro coordinador de Madrid (identificados mediante una clave), donde se introduce la información en las bases de datos.

Después se analizaron los datos para cumplir los siguientes objetivos:

Objetivo 1. Estudiar las características de salud de cuatro tipos de personas cuidadoras (remunerados/as –CRD-, familiares de personas con discapacidad –CPD-, de personas con trastornos mentales graves –CPTM- y de personas mayores –CPM-).

Objetivo 2. Estudiar las relaciones entre el sexo, el género y la salud en personas cuidadoras.

Objetivo 3. Contrastar el modelo teórico de Afrontamiento del Estrés en el Cuidado en los cuatro tipos de personas cuidadoras.

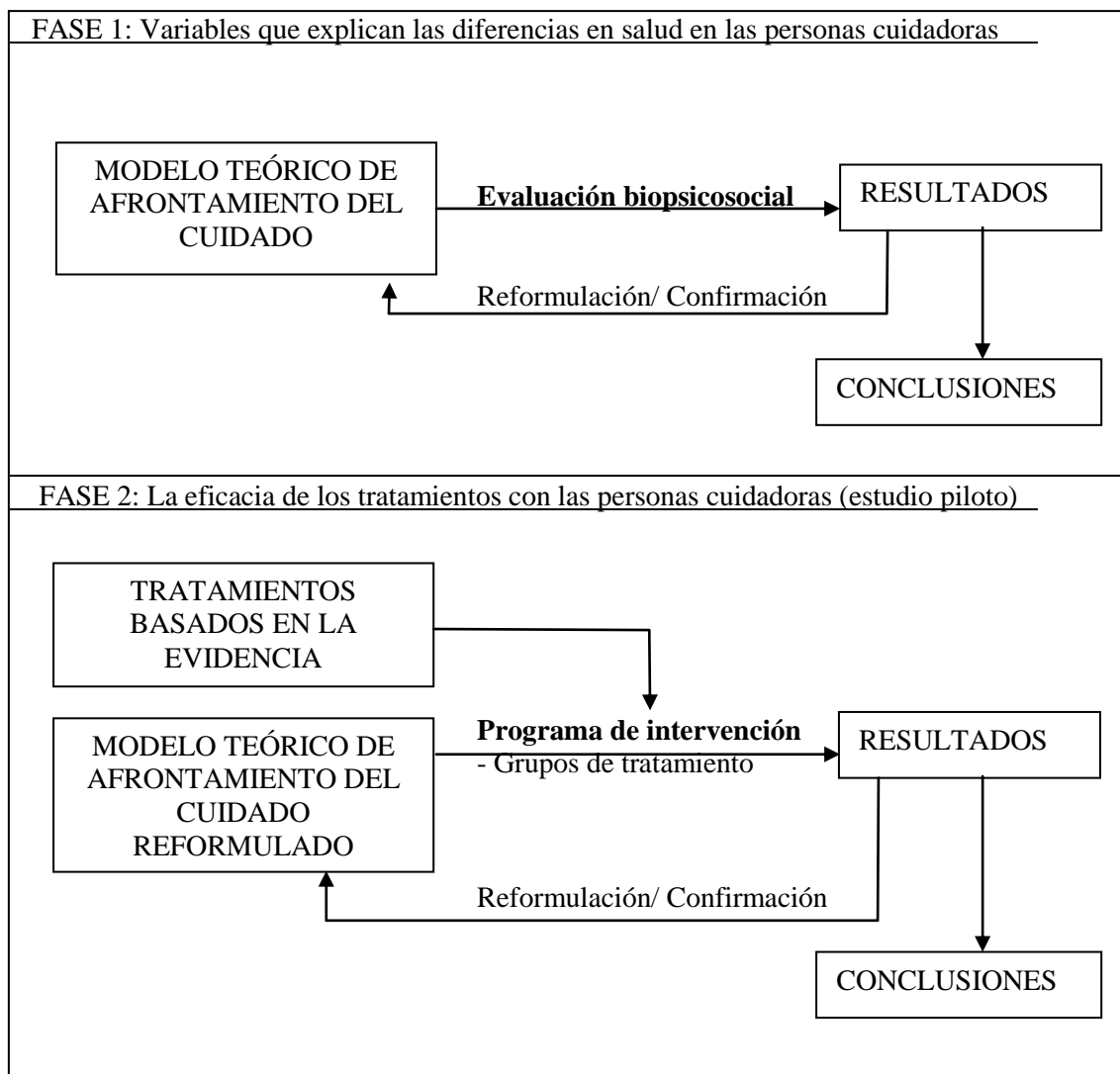
## ETAPA 2

En la segunda fase, de aplicación del programa de intervención y comprobación de su eficacia, se procedió a llamar a todos los participantes de la primera fase para ofrecerles incorporarse a una de las dos modalidades del programa de atención para personas cuidadoras (modalidad grupal y modalidad de contacto terapéutico reducido). Se aplicaron ambas modalidades simultáneamente y se procedió a otra evaluación o recogida de datos al finalizar ambos programas de intervención y 6 meses después, (pero sólo de los índices de salud), en una sola sesión, en ambos grupos.

Objetivo 4. Comprobar la eficacia de un programa de intervención psicoeducativo basado en la evidencia a los cuatro tipos de personas cuidadoras, para mejorar sus IS (Índices de salud).

En la Tabla 1 se muestra el esquema del diseño de investigación.

Tabla 1. Esquema del diseño del proyecto de investigación propuesto.



## 3.2. Hipótesis y diseño

### Hipótesis 1.

Las personas cuidadoras (los cuatro tipos incluidos en este proyecto: familiares de personas mayores; de personas con discapacidad; de personas con trastornos mentales graves; y cuidadores/as remunerados) tienen peores índices de salud (IS) (física; psicológica; de hábitos relacionados con la salud; y satisfacción) que la población general.

*Diseño:* inter-sujeto

*Variables:* Variables de selección: ser cuidador y tipo de cuidado; Variables dependientes: índices de salud (IS): física, psicológica, hábitos de salud y satisfacción.

*Sujetos de estudio:* Personas cuidadoras-Personas no cuidadoras; Personas cuidadoras remuneradas-familiares de personas mayores-madres/padres de hijos/as con discapacidad-Familiares de personas con trastornos mentales.

*Análisis de datos:* Diferencia de medias y Chi cuadrado.

### Hipótesis 2.

Dentro del grupo de personas cuidadoras, las mujeres tienen peores IS, en igualdad de condiciones sociodemográficas, que los hombres cuidadores.

*Diseño:* inter-sujeto

*Variables:* Variables de selección: sexo; Variables dependientes: IS

*Sujetos de estudio:* Mujeres cuidadoras-Hombres cuidadores.

*Análisis de datos:* Diferencia de medias

### Hipótesis 3.

La conformidad con las normas de género masculinas en los hombres y con las normas femeninas en las mujeres se relaciona con los IS.

*Diseño:* multivariado

*Variables:* Variables predictoras: conformidad con las normas de género; Variables criterio: índices de salud física, psicológica, hábitos de salud y satisfacción.

*Sujetos de estudio:* Mujeres cuidadoras- Hombres cuidadores. *Análisis de datos:* Correlaciones de Pearson.

### Hipótesis 4.

El modelo teórico propuesto para explicar las relaciones entre variables antecedentes, variables moderadoras y salud en las personas cuidadoras (Ver Figura 1), basado en los antecedentes actuales sobre la temática, da cuenta de las relaciones encontradas entre los datos, en su mayor parte.

*Diseño:* multivariado

*Variables:* (Ver Figura 1)

*Sujetos de estudio:* Personas cuidadoras remuneradas-familiares de personas mayores-madres/padres de hijos/as con discapacidad-Familiares de personas con trastornos mentales.

*Análisis de datos:* Correlaciones de Pearson.

### Hipótesis 5.

El programa de intervención diseñado a partir de los tratamientos basados en la evidencia y del modelo sometido a verificación en la hipótesis anterior mejora los IS de las personas cuidadoras que participen en él.

Directora: María del Pilar Sánchez López

*Diseño:* intrasujeto con 2 condiciones (medida pretest- postest)

*Variables:* VI: Preintervención-posintervención; VD: IS.

*Sujetos de estudio:* Subgrupos de personas cuidadoras, formales y familiares.

*Análisis de datos:* T de Student, medidas repetidas.

### 3.3. Variables e instrumentos de medida

El objeto de este proyecto ha sido evaluar diferentes índices de salud y aquellas variables antecedentes y mediadoras relevantes para esos índices en cuatro tipos de personas cuidadoras y reunirlos en un modelo teórico (Ver anexo núm. 4) suficientemente explicativo. La operativización de esos tres grupos de variables en medidas concretas ha sido resultado de la experiencia previa del equipo del proyecto (por ej. Limiñana, Patró y Corbalán, 2007; Limiñana, Sánchez-López y Corbalán, 2009; Sánchez-López, Cuéllar, Sánchez-Herrero y Aparicio, 2008; o el proyecto subvencionado por la Conserjería de Sanidad de la Junta de Castilla y León "Cuidadores y salud", dirigido por Esperanza Manso y en el que participan otros miembros del equipo– ver Curricula). Como instrumentos de medida se han utilizado los siguientes cuestionarios:

#### a. VARIABLES ANTECEDENTES

- Datos de identificación (Provincia, fecha y código)
- Cuestionario de datos demográficos (situación laboral \*, tipo de jornada\*, edad, estado civil\*, convivencia en pareja\*, sexo, estudios, país de procedencia, nivel socioeconómico/importe mensual\*, profesión) – 10 ítems  
\*Preguntas extraídas de la Encuesta Nacional de Salud en España 2006. INE.
- Cuestionario de datos familiares (nº personas y de adultos que conviven en el hogar, nº hijos y discapacidad, mayores cuidados y demencia, personas con trastornos mentales cuidados, quién se ocupa del cuidado de hijos/as, mayores y trastornos mentales, horas dedicadas al cuidado de hijos/as, mayores y trastornos mentales, horas dedicadas a las tareas del hogar, implicación de la pareja, apoyo formal) – 14 ítems
- Índice de Barthel – 10 ítems  
De Mahoney y Barthel (1965), traducción española de Baztán et al. (1993).  
Sirve para evaluar la capacidad funcional de una persona para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria.  
Tiene buenos índices de fiabilidad interjueces (Roy et al. 1988), consistencia interna (Shah et al. 1989) y ez de constructo (Wade y Heder, 1987).

#### b. VARIABLES MEDIADORAS

- Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC\* - 11 ítems  
De Broadhead, et al. (1988), adaptación española De la Revilla, et al. (1991).  
El alfa de Cronbach para la versión española de la escala es de 0,90, el de la subescala de apoyo confidencial de 0,88, y el del apoyo afectivo, de 0,79. \*Cuestionario incorporado en la Encuesta Nacional de Salud en España 2006. INE.
- Inventario de Conformidad con las Normas Femeninas (CFNI) e Inventario de Conformidad con las Normas Masculinas (CMNI) – 84/94 ítems  
De Mahalik et al. (2003; 2005), adaptación española Sánchez-López, Cuéllar-Flores, Dresch y Aparicio (2009) y Cuéllar-Flores, Sánchez-López y Dresch (2011).  
Evalúa el grado de conformidad con las normas de género femeninas y masculinas, respectivamente.  
La consistencia interna para la escala total es de  $\alpha=.88$ , y las de las subescalas van de  $\alpha=.77$  el menor a  $\alpha=.92$  el más alto. Buenos índices de fiabilidad test-retest y validez de criterio con otras medidas de género.

Proyecto de investigación financiado por el Instituto de la Mujer. *Resolución 3 de noviembre de 2009, del Instituto de la Mujer (BOE 6 de noviembre).*

**Expediente:** 18/09

Tabla A. Escalas del CMNI

1. Ganar (Winning)
2. Control Emocional (Emotional Control)
3. Conductas de riesgo (Risk-Taking)
4. Violencia (Violence)
5. Poder sobre las mujeres (Power over women)
6. Dominancia (Dominant)
7. Donjuanismo (Playboy)
8. Independencia (Self-Reliance)
9. Primacía del trabajo (Primacy of Work)
10. Desprecio hacia la homosexualidad (Disdain for homosexuality)
11. Búsqueda de posición social (Pursuit of Status)
Total

Tabla B. Subescalas del CFNI

1. Agradable en las relaciones (Nice in relationships)
2. Delgadez (Thinness)
3. Modestia (Modesty)
4. Doméstica (Domestic)
5. Cuidado de niños (Care for children)
6. Relaciones románticas (Romantic relationship)
7. Fidelidad sexual (Sexual fidelity)
8. Interés por la apariencia (Invest in appearance)
Total

- Sobrecarga del cuidador de Zarit – 22 ítems  
De Zarit, Reveer y Bach-Peterson (1980), versión española de Martín et al. (1996).  
Evalúa el estrés o sobrecarga percibida con respecto a la tarea de cuidar.  
La consistencia interna para la versión española es de alfa de Cronbach 0,91 y fiabilidad test-retest 0,86.

c. ÍNDICES DE SALUD: física, psicológica, estilos de vida relacionados con la salud y satisfacción

- Cuestionario de hábitos de salud (tabaco\*, alcohol\*, descanso y ejercicio diario\*) – 3 ítems  
\*Preguntas extraídas de la Encuesta Nacional de Salud en España 2006. INE.
- Cuestionario de estado de salud (salud autopercebida\*, problemas de salud\*, fármacos\*,

Proyecto de investigación financiado por el Instituto de la Mujer. *Resolución 3 de noviembre de 2009, del Instituto de la Mujer (BOE 6 de noviembre).*

**Expediente:** 18/09

Directora: María del Pilar Sánchez López

visitas al médico de familia, al especialista y a otros profesionales\*) – 6 ítems

\*Preguntas extraídas de la Encuesta Nacional de Salud en España 2006. INE.

- GHQ – 12 ítems  
De Goldberg y Williams (1988), adaptación española Sánchez López y Dresch (2008).  
Evalúa salud psicológica.  
Para la versión española tiene un alfa de Cronbach de .76 (alpha estandarizado: 0.78). La validez externa del Factor I (Afrontamiento exitoso) con el ISRA fue muy alta (0.82; Factor II, .70; Factor III, .75).
- Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) – 14 ítems  
De Sigmond y Snaith (1983), versión española de Caro e Ibáñez, 1992.  
Alfa de Cronbach para la versión española .81, validez convergente con respecto al STAI adecuada.
- Satisfacción global– 3 ítems  
Validada en trabajos previos (Sánchez López, López-García, Corbalán y Dresch, 2008).

#### d. SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

Escala likert de 1 a 10. Estas medidas se han introducido para controlar otras variables que pueden influir sobre los resultados de la intervención, pues los estudios deben evaluar el grado en el que el programa de tratamiento se ha implementado de acuerdo con lo previsto (Burgio et al., 2001), más si cabe, en un estudio con las características multicéntricas del propuesto.

### 3.4. Participantes

La población objetivo de este estudio han sido personas cuidadoras de las regiones de Murcia, Madrid, Segovia, Zaragoza y Alicante. Los criterios de inclusión para participar en la investigación han sido que vivieran en España y que pertenecieran a alguna de las siguientes categorías:

- Cuidadores/as formales: personas que ejercen funciones de cuidado de forma remunerada, por ejemplo, personal asimilable a auxiliares de clínica o cuidadores/as a domicilio.
- Cuidadores/as informales/familiares de personas mayores dependientes: cuidan sin remuneración económica, por ejemplo, familiares de ancianos con Alzheimer.
- Cuidadores/as informales/familiares de personas con discapacidades físicas, sensoriales o psicológicas.
- Cuidadores/as informales/familiares de personas con algún trastorno mental grave (por ej. esquizofrenia).

En la Tabla 2 aparecen todos los centros e instituciones en las que se contactó con los cuidadores.

Tabla 2. Centros de contacto con las personas cuidadoras

<b>MADRID</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Asociación Párkinson Madrid</li><li>- Asociación Madrileña de Espina Bífida</li></ul>
<b>CÁCERES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pueblo cacereño de Navezuelas</li></ul>
<b>MURCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alzheimer Lorca</li><li>- Afamur</li><li>- Hospital Universitario Reina Sofía</li><li>- Hospital USP San Carlos</li><li>- Unidad de Rehabilitación del CSM San Andrés</li><li>- Fortuna y La Algaida</li><li>- Archena</li><li>- AMUPHEB</li><li>- ASTRAPACE</li><li>- Residencia 3ª edad y Centro de día de Elche</li></ul>
<b>SEGOVIA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Centro de Salud de El Espinar (Segovia)</li><li>- Centro de Salud de Villacastín (Segovia)</li><li>- Centro de Salud Segovia III (Segovia)</li></ul>
<b>TERUEL</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hospital de Alcañiz – Servicio de Dermatología (Teruel)</li></ul>

Se contactó en total con 300 personas que cumplían los criterios de inclusión, de las cuales se ha podido estudiar a 212 personas cuidadoras familiares y 55 cuidadores remunerados.

En las Tablas 3-8 se muestran las características sociodemográficas del grupo de cuidadores familiares. El grupo estaba formado por 159 cuidadores de familiares mayores, 9 de personas con un trastorno mental grave, y 44 cuidadores de familiares con discapacidad sensorial o motora.

Tabla 3. PROVINCIA

	Porcentaje	Porcentaje válido
Cáceres	5.1	5.1
Madrid	13.6	13.6
Murcia	42.4	42.4
Segovia	35.6	35.6
Teruel	3.4	3.4
Total	100.0	100.0

Tabla 4. ESTADO CIVIL

	Porcentaje	Porcentaje válido
SOLTERO/A	11.9	11.9
CASADO/A	78.0	78.4
VIUDO/A	6.2	6.3
SEPARADO/A	.6	.6
DIVORCIADO/A	2.8	2.8
Total	99.4	100.0
Valor perdido	.6	
Total	100.0	

Tabla 5. SEXO

	Porcentaje	Porcentaje válido
HOMBRE	15.1	15.1
MUJER	84.9	84.9
Total	100.0	100.0

Tabla 6. ESTUDIOS

	Porcentaje	Porcentaje válido
SIN ESTUDIOS	14.1	14.2
ESTUDIOS PRIMARIOS	40.1	40.3
ESTUDIOS MEDIOS. FP...	26.0	26.1
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	19.2	19.3
Total	99.4	100.0
Valor perdido	.6	
Total	100.0	



Tabla 7. PAIS

	Porcentaje	Porcentaje válido
ESPAÑA	96.6	97.2
EXTRANJERO	2.3	2.3
99	.6	.6
Total	99.4	100.0
Valor perdido	.6	
Total	100.0	

Tabla 8. NIVEL SOCIOECONÓMICO

	Porcentaje	Porcentaje válido
MEDIO-BAJO	75.7	77.9
MEDIO-ALTO	21.5	22.1
Total	97.2	100.0
Valor perdido	2.8	
Total	100.0	

Tabla 9. EDAD

	Mínimo	Máximo	Media	DT
EDAD	32	89	56.77	13.890

En las Tablas 10-16 se muestran las características sociodemográficas del grupo de cuidadores remunerados. El grupo estaba formado por 33 cuidadores formales de centros o instituciones y 47 cuidadores formales a domicilio. En profesiones se contó con enfermeras/os, educadores, auxiliares de enfermería, cuidadores a domicilio sin titulación y empleadas de hogar.

Tabla 10. PROVINCIA

	Porcentaje	Porcentaje válido
Madrid	10.4	10.4
Murcia	52.1	52.1
SEGOVIA	16.7	16.7
Teruel	20.8	20.8
Total	100.0	100.0

Tabla 11. ESTADO CIVIL

	Porcentaje	Porcentaje válido
SOLTERO/A	35.4	35.4
CASADO/A	54.2	54.2
VIUDO/A	2.1	2.1
SEPARADO/A	4.2	4.2
DIVORCIADO/A	4.2	4.2
Total	100.0	100.0

Tabla 12. SEXO

	Porcentaje	Porcentaje válido
HOMBRE	10.4	10.4
MUJER	89.6	89.6
Total	100.0	100.0

Tabla 13. ESTUDIOS

	Porcentaje	Porcentaje válido
ESTUDIOS PRIMARIOS	20.8	20.8
ESTUDIOS MEDIOS. FP...	62.5	62.5
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	16.7	16.7
Total	100.0	100.0

Tabla 14. PAIS

	Porcentaje	Porcentaje válido
ESPAÑA	45.8	46.8
EXTRANJERO	52.1	53.2
Total	97.9	100.0
Valor perdido	2.1	

Tabla 15. NIVEL SOCIOECONÓMICO

	Porcentaje	Porcentaje válido
MEDIO-BAJO	60.4	90.6
MEDIO-ALTO	6.3	9.4
Total	66.7	100.0
Valor perdido	33.3	
Total	100.0	

Tabla 16. EDAD

	Mínimo	Máximo	Media	DT
EDAD	24	72	44.44	11.196

### 3.5. Análisis de datos

Se han ido especificando en cada hipótesis del Diseño.

### 3.6. Procedimiento

El criterio de inclusión para seleccionar a los participantes fue estar cuidando de un familiar en situación de dependencia o trabajar cuidando de una persona en situación de dependencia. Se contactó con los cuidadores/as, ofreciéndoles participar, a través de profesionales que trabajaban en centros sanitarios (hospitales, centros de atención primaria, centros de salud mental), en asociaciones de familiares (de personas con párkinson, con Alzheimer) o en centros residenciales o de día (de personas mayores, menores con espina bífida) o mediante contacto directo.

Todas las evaluaciones han sido realizadas entre marzo de 2010 y diciembre de 2011 por profesionales (diplomados/as en enfermería, trabajo social y licenciados/as en psicología) con experiencia en temas relacionados con la dependencia y el cuidado, y entrenados para esta tarea. Las personas evaluadoras contaban con una guía diseñada para la investigación con el objeto de homogeneizar el procedimiento de evaluación e intervención. En los Anexos se incluye la *Guía para la investigación* y el *Plan para la investigación* con la que contaron todos los investigadores del proyecto de investigación. La duración media de cada entrevista fue de, aproximadamente, una hora y media. Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito, después de explicarles el propósito de la investigación, el procedimiento a seguir, la confidencialidad de sus datos y después de garantizar su libertad de participar y de abandonar la colaboración en cualquier momento. Además, se les pedía que fueran lo más sinceros posible. Los participantes recibían, entonces, el protocolo de cuestionarios.

Tras la realización de la entrevista se les ofrecía a las personas cuidadoras entrevistadas la posibilidad de participar en un programa de intervención psicológica grupal para ayudarles en su tarea de cuidar o en un programa de intervención psicológica individual "a distancia". Puesto que se contactó con los cuidadores a través de distintos centros, cada persona cuidadora ha participado en un grupo de intervención psicológica desarrollado en su centro de referencia. Los grupos estuvieron formados por 6-8 personas cuidadoras.

La intervención psicológica grupal constó de 8 sesiones, en el caso de los cuidadores familiares, y de 5 en los cuidadores remunerados, e incluyó los contenidos que se han demostrado eficaces para mejorar el malestar de las personas cuidadoras (ver Anexos para un ejemplo de sesión). Las sesiones tenían una duración de hora y media y una frecuencia semanal y se les pedía que los participantes realizaran tareas para casa. El objetivo del programa era incrementar las habilidades de autocuidado

de los participantes. En la última sesión se realizó una evaluación pos-intervención de los indicadores de salud física/psicológica. En las Tablas 17 y 18 se enumeran las sesiones del programa y se ofrece un resumen de los contenidos que incluyó cada sesión.

Tabla 17. Sesiones y contenidos fundamentales del programa psicoeducativo grupal para personas cuidadoras familiares

<b>Sesiones</b>	<b>Contenidos</b>
1	Presentación: Presentación de los participantes y de los coordinadores/as del grupo Introducción al modelo de Afrontamiento del estrés en el cuidado Análisis de expectativas. Normas del grupo.
2	Sentimientos conflictivos y compromiso con el propio cuidado: Detección de sentimientos y emociones Darse cuenta de la necesidad de cuidarse. Compromiso con el propio cuidado
3	Reestructuración cognitiva: Introducir los conceptos de pensamiento, emoción y conducta y las relaciones básicas entre estos. Introducción a la técnica de las tres columnas.
4	Actividades agradables: Entrenamiento en actividades agradables y cómo afectan a nuestro estado de ánimo. Relajación muscular progresiva
5	Reestructuración cognitiva II: Lenguaje interno: explicación de las principales distorsiones cognitivas y sus alternativas Introducción al ejercicio de las 5 columnas
6	Duelo y reparación: La realidad de las pérdidas Trabajar las emociones y el dolor ante las pérdidas Adaptarse a un medio diferente Recolocar emocionalmente a la persona cuidada
7	Entrenamiento en comunicación asertiva: Análisis de su situación y el reparto de las tareas del cuidado. Dificultades para pedir ayuda. Pedir ayuda
8	Autoestima, despedida y Evaluación

Tabla 18. Sesiones y contenidos fundamentales del programa psicoeducativo grupal para personas cuidadoras remuneradas

Contenidos	Sesiones
Presentación Introducción al modelo de Afrontamiento del estrés en el cuidado	1
Solución de problemas: comportamientos problemáticos	2
Actividades agradables y relajación	3
Comunicación asertiva	4
Autoestima, despedida y Evaluación	5

La intervención individual a distancia constaba de un cuadernillo para la persona cuidadora (ver Anexo para un extracto del cuadernillo), con contenidos equivalentes a los de la intervención grupal.

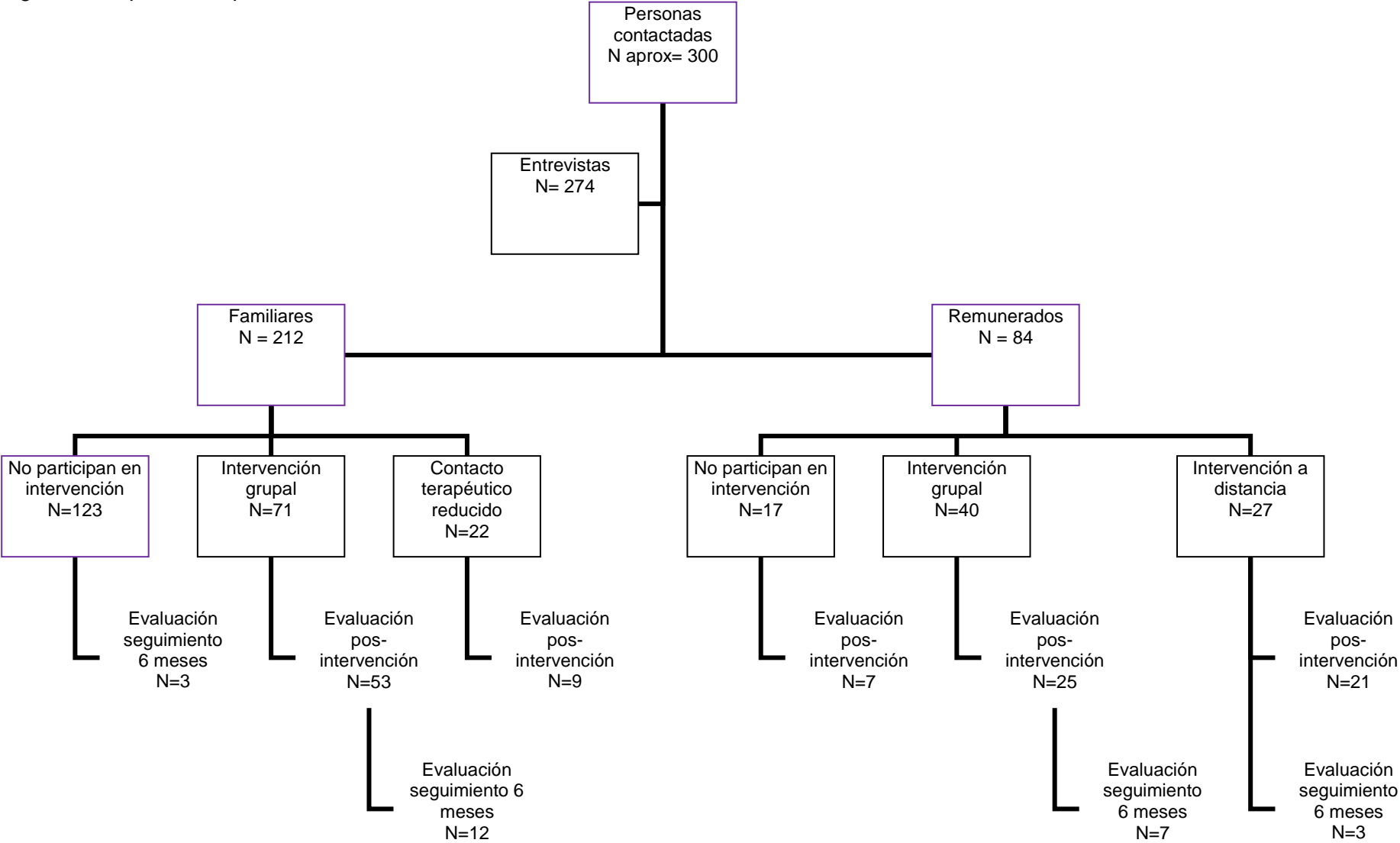
Aproximadamente 6 meses después se repetía la evaluación pos-intervención de los indicadores de salud física/psicológica con las personas cuidadoras participantes en alguno de los dos programas de intervención (grupal e individual). Ambos se llevaron a cabo entre enero de 2011 y junio de 2012.

#### 4. Resultados: impacto asistencial

En la Figura 1 se muestra el esquema del proceso de evaluación e intervención, organizado por tipo de cuidado (familiar o remunerado).

Tal y como puede observarse, se ha contactado con un número elevado de personas cuidadoras, número que va reduciéndose conforme se avanza en las etapas de la investigación. Pues, tal y como se ha afirmado previamente (Losada et al., 2006; López, 2006) es un hecho aceptado en la bibliografía que un importante número de cuidadores rechacen o abandonen su participación en programas dirigidos a reducir su malestar psicológico.

Figura 1. Esquema del proceso de evaluación e intervención.



La línea de trabajo ha tenido un impacto clínico y asistencial claro al contribuir a entender qué factores se ven implicados en la interacción entre el cuidador/a y la situación del cuidado, conocimientos necesarios para realizar acciones de prevención secundaria y terciaria. Otra de las aportaciones fundamentales ha sido contribuir al área de la salud laboral del personal auxiliar o cuidador. El impacto asistencial ha sido inmediato porque la investigación se ha llevado a cabo en varios tipos de centros (hospitales, residencias, centros de salud y asociaciones) de cuatro regiones españolas y ha sido desarrollada por los mismos profesionales sanitarios en sus respectivos centros.

## 5. Resultados: impacto científico

### Hipótesis 1.

Las personas cuidadoras (los cuatro tipos incluidos en este proyecto: familiares de personas mayores; de personas con discapacidad; de personas con trastornos mentales graves; y cuidadores remunerados) tienen peores índices de salud (IS) (física, incluida una medida biológica; psicológica; de hábitos relacionados con la salud; y satisfacción) que la población general.

En las Tablas 19 y 20 se muestran los resultados obtenidos. Las personas cuidadoras familiares presentan una peor salud psicológica, una menor satisfacción global, un mayor frecuencia de dolores cervicales, lumbares y de cabeza, y expresan en menor medida una salud autopercibida buena que la población general, ésta última extraída de muestras de comparación de estudios publicados.

Con respecto a los cuidadores remunerados, éstos presentan una peor salud psicológica, un menor número de visitas al médico de familia, un mayor frecuencia de dolores de cabeza que la población general.

Tabla 19. Descriptivos y diferencia de medias en los Indicadores de salud

	Personas cuidadoras familiares		Muestra de comparación		
	Media	DT	Media	DT	t
Salud Psicológica GHQ-12 <sup>2</sup>	13.26	6.02	8.52	5.38	9.6741***
Núm. consultas al médico de familia en último mes <sup>1</sup>	1.06	1.51	1.15	1.08	n.s.
Satisfacción global <sup>3</sup>	7.14	1.88	7.59	1.60	3.0671**
	Personas cuidadoras remuneradas		Muestra de comparación		
	Media	DT	Media	DT	t
Salud Psicológica GHQ-12 <sup>2</sup>	12.42	6.24	8.52	5.38	4.8183***
Núm. consultas al médico de familia <sup>1</sup>	.53	.72	1.15	1.08	4.2225***
Satisfacción global	7.87	1.88	7.59	1.60	n.s.

<sup>1</sup> Encuesta Nacional de Salud (2006)

<sup>2</sup> Sánchez-López & Dresch (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*. Nov;20(4):839-43.

<sup>3</sup> Aparicio, Sánchez-López, Dresch & Díaz-Morales (2008). Las relaciones entre la salud física y psicológica según el estatus laboral. *EduPsykhé*, Vol. 7, No. 2, 201-212

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Tabla 20. Descriptivos y Chi cuadrado para los Indicadores de salud

	Personas cuidadoras familiares	Muestra de comparación	$\chi^2$
	%	%	
<b>ENFERMEDADES<sup>2</sup></b>			
Dolor cervical	51.7%	21.66%	18.039***
Dolor lumbar	55.1%	26.64%	12.051***
Cefaleas o migrañas	22.2%	0.70%	19.651***
<b>PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD EN EL ULTIMO AÑO<sup>1</sup></b>			
Bueno o muy bueno	49.2%	68.8%	7.462***
<b>CONSUMO DE TABACO<sup>1</sup></b>			
Fumador/a diario	21%	26.44%	n.s.
	Personas cuidadoras remuneradas	Muestra de comparación	$\chi^2$
	%	%	
<b>ENFERMEDADES<sup>3</sup></b>			
Dolor cervical	24.2%	21.66%	n.s.
Dolor lumbar	27.3%	26.64%	n.s.
Cefaleas o migrañas	27.3%	0.70%	25.955***
<b>PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD EN EL ULTIMO AÑO<sup>1</sup></b>			
Bueno o muy bueno	68.8%	68.8%	n.s.
<b>CONSUMO DE TABACO<sup>1</sup></b>			
Fumador/a diario	20.8%	26.44%	n.s.

<sup>1</sup> Encuesta Nacional de Salud (2006)

<sup>2</sup> Sánchez-López & Dresch (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*. Nov;20(4):839-43.

<sup>3</sup> Aparicio, Sánchez-López, Dresch & Díaz-Morales (2008). Las relaciones entre la salud física y psicológica según el estatus laboral. *EduPsykhé*, Vol. 7, No. 2, 201-212

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

### Hipótesis 2.

Dentro del grupo de personas cuidadoras, las mujeres tienen peores IS, en igualdad de condiciones sociodemográficas, que los hombres cuidadores.

En las Tablas 21 y 22 se presentan los datos de los hombres y mujeres cuidadores de nuestro estudio. Las mujeres cuidadoras familiares presentan un mayor número de enfermedades o dolencias que los hombres cuidadores, mientras que las mujeres y los hombres cuidadores remunerados no se diferencian en ningún indicador de salud.



Tabla 21. Descriptivos y diferencia de medias entre hombres y mujeres cuidadores familiares

	SEXO	Mean	Std. Deviation	t
GHQ	Hombre	13.4000	6.27163	.119
	Mujer	13.2449	6.00296	
TOTAL_ENFERMEDADES	Hombre	3.2083	2.24537	-2.731**
	Mujer	4.8816	2.86318	
PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD EN EL ULTIMO AÑO	Hombre	2.48	.714	-.794
	Mujer	2.62	.821	
Nº CONSULTAS MEDICAS EN ULTIMO MES	Hombre	1.00	1.706	-.191
	Mujer	1.07	1.486	
SATISFACCION GLOBAL	Hombre	6.83	1.971	-.872
	Mujer	7.20	1.876	

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Tabla 22. Descriptivos y diferencia de medias entre hombres y mujeres cuidadores remunerados

	SEXO	Mean	Std. Deviation	t
PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD EN EL ULTIMO AÑO	Hombre	2.20	.837	.032
	Mujer	2.19	.932	
Nº CONSULTAS MEDICAS EN ULTIMO MES	Hombre	1.00	.707	1.548
	Mujer	.48	.716	
SATISFACCION GLOBAL	Hombre	8.60	1.140	.988
	Mujer	7.79	1.780	

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

### Hipótesis 3.

La conformidad con las normas de género masculinas en los hombres y con las normas femeninas en las mujeres se relaciona con los IS.

En las Tablas 23a y 23b se muestran las correlaciones de Pearson que han resultado significativas entre los Índices de salud y la Conformidad con el género (CMNI y CFNI). Los resultados indican que, en las mujeres, la conformidad con las normas de género femeninas se relacionan con el consumo de tabaco, la salud psicológica y el número de enfermedades o dolencias. Concretamente la norma 1 (Ser agradable en las relaciones) y la norma 6 (Interés por relaciones románticas) se relacionan con un menor consumo de tabaco y un menor número de enfermedades, la norma 5 (Modestia) se relaciona con una peor salud psicológica, y la escala total se relaciona con un menor número de enfermedades o dolencias. En los hombres la norma 9 (Búsqueda de status) se relaciona con un mayor consumo de tabaco.

Tabla 23a. Correlaciones entre los índices de salud y la conformidad con las normas de género femeninas. Valores significativos.

		TABACO	PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD EN EL ULTIMO AÑO	Nº CONSULTAS MÉDICAS EN ULTIMO MES	SATISFACCIÓN GLOBAL	GHQ	TOTAL_EN FERMEDADES
CFNI_1	Correlación de Pearson	-.261**	-.161	.010	.083	-.136	-.186*
	Sig. (2-tailed)	.002	.053	.914	.335	.109	.025
	N	144	145	131	137	141	145
CFNI_5	Correlación de Pearson	.093	.020	.121	-.146	.177	-.045
	Sig. (2-tailed)	.270	.810	.168	.088	.035	.588
	N	144	145	131	137	141	145
CFNI_6	Correlación de Pearson	-.228**	-.134	-.019	.041	-.047	-.202*
	Sig. (2-tailed)	.006	.108	.828	.632	.584	.015
	N	144	145	131	137	141	145
CFNI_t	Correlación de Pearson	-.099	-.071	.059	-.017	.010	-.220**
	Sig. (2-tailed)	.237	.393	.501	.842	.910	.008
	N	144	145	131	137	141	145

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Tabla 23b. Correlaciones entre los índices de salud y la conformidad con las normas de género masculinas. Valores significativos

		TABACO	PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD EN EL ULTIMO AÑO	Nº CONSULTAS MÉDICAS EN ULTIMO MES	SATISFACCIÓN GLOBAL	GHQ	TOTAL_EN FERMEDADES
CMNI_9	Correlación de Pearson	.477*	.103	-.116	-.219	-.025	.244
	Sig. (2-tailed)	.021	.639	.598	.328	.911	.263
	N	23	23	23	22	23	23

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

**Hipótesis 4.**

El modelo teórico propuesto para explicar las relaciones entre variables antecedentes, variables moderadoras y salud en las personas cuidadoras, basado en los antecedentes actuales sobre la temática, da cuenta de las relaciones encontradas entre los datos, en su mayor parte.

En la Tabla 24 se muestran las correlaciones de Pearson entre las variables del estudio en el grupo de cuidadores/as familiares. Las variables Antecedentes confirman parcialmente las relaciones esperadas a partir del Modelo de Afrontamiento del Estrés en el Cuidado Adaptado con el resto de variables. Concretamente, la edad muestra correlaciones significativas con el número de problemas de salud y el nivel socioeconómico se relaciona de forma directa con la sobrecarga percibida, la satisfacción familiar, el apoyo social y la salud autopercibida. Con respecto a la variable sexo, sólo se encuentran relaciones con el número de problemas de salud, siendo los hombres los que presentan un menor número de estos. Estas correlaciones muestran un tamaño del efecto entre bajo y moderado.

Con respecto a los Estresores primarios, sólo se encuentran relaciones significativas entre los estresores subjetivos, como la sobrecarga percibida, y las variables de salud (concretamente, salud autopercibida, psicológica y número de problemas de salud), mientras que los estresores objetivos, como el nivel de dependencia, el tiempo que lleva cuidando y el número de horas dedicadas al cuidado, no muestran correlaciones significativas. Las correlaciones significativas encontradas muestran un tamaño del efecto moderado.

Los Estresores secundarios se relacionan de forma negativa con el nivel de dependencia de la persona cuidada, el grado de sobrecarga percibida y con la mayoría de las variables de salud (salud autopercibida, psicológica y número de problemas de salud), de acuerdo con la idea de la “proliferación del estrés”, es decir, con que los estresores primarios dan lugar a cambios que a su vez suponen una fuente de estrés, esto es, los secundarios. Estas correlaciones tienen un tamaño del efecto moderado.

El apoyo social percibido se relaciona significativamente, y con un tamaño del efecto moderado, con una mayor salud (salud autopercibida, psicológica y número de problemas de salud), y muestra correlaciones con la sobrecarga percibida y los estresores secundarios.

Con respecto a las Consecuencias, todas las variables de salud, salvo el número de visitas al médico/a de familia muestran alguna correlación significativa.

En la Tabla 25 se muestran las correlaciones de Pearson entre las variables del estudio en el grupo de cuidadores/as remunerados. Los resultados estaban menos previstos debido al menor número de estudios realizados en este tipo de cuidadores. En cualquier caso, se observa que de las variables Antecedentes sólo la edad resulta significativa, pues se relaciona con una peor salud y un mayor número de enfermedades o dolencias.

Con respecto a los Estresores, no se encuentran correlaciones significativas con ninguna variable. No obstante, el apoyo social percibido se relaciona significativamente, y con un tamaño del efecto moderado, con una mayor salud (salud autopercibida, psicológica y número de problemas de salud).

Tabla 24. Correlaciones de Pearson entre las variables Antecedentes, Estresores, Consecuencias/indicadores de salud y los Moduladores. Cuidadores/as familiares.

	Anteced		Estresores primarios y secundarios						Consecuencias				Modul
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>Antecedentes y contexto</b>													
1. Edad	.010	.009	.223*	-.145	.223**	.121	-.096	-.031	.004	.068	.200*	-.043	-.111
2. Nivel socioeconómico	1	.046	-.068	.100	.109	-.221**	.169*	.144	.059	-.164*	-.095	-.083	.328**
3. Sexo (0=♀, 1=♂)		1	.023	-.016	-.095	-.009	-.071	-.174	.025	-.042	-.184*	-.008	.013
<b>Estresores primarios</b>													
4. Nivel de Dependencia (Índice de Barthel)			1	.115	.022	-.061	-.221*	-.008	-.174	-.071	-.048	-.046	-.209*
5. Horas dedicadas al cuidado				1	-.074	.000	-.020	-.008	.030	.028	-.060	.156	.091
6. Tiempo que lleva cuidando					1	-.180*	.063	.026	-.035	.040	.071	-.135	-.024
7. Sobrecarga subjetiva						1	-.386**	-.437**	.487**	.240**	.266**	.132	-.370**
<b>Estresores secundarios</b>													
8. Satisfacción familiar							1	.328**	-.217**	-.121	-.157*	.089	.516**
9. Satisfacción laboral								1	-.383**	-.365**	-.061	-.051	.409**
<b>Consecuencias</b>													
10. Salud psicológica									1	.340**	.301**	.207*	-.268**
11. Salud autopercibida										1	.462**	.325**	-.318**
12. Núm. problemas de salud											1	.177*	-.281**
13. Núm. Consultas médico/a de familia												1	-.083
<b>Moduladores</b>													
14. Apoyo social percibido													1

Nota. Para las variables dicotómicas (sexo, nivel socioeconómico) se proporcionan índices de correlación biserial puntual; Tamaño del efecto alto (en añil) ( $r > 0,50-0,80$ ), moderado (en verde) ( $r > 0,30-0,50$ ) y bajo ( $r > 0,10-0,20$ ); \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$



### Hipótesis 5.

El programa de intervención diseñado a partir de los tratamientos basados en la evidencia y del modelo sometido a verificación en la hipótesis anterior mejora los IS de las personas cuidadoras que participen en él.

Aunque inicialmente se planteó un diseño experimental con grupo de intervención (programa de tratamiento psicoeducativo grupal) y grupo de control (programa de tratamiento psicoeducativo a distancia o de “contacto terapéutico reducido”), éste último cuenta finalmente con un número muy reducido de participantes del grupo de cuidadores/as familiares, por lo que no puede utilizarse como grupo control. En el caso de los cuidadores/as remunerados, a pesar de que la asignación fue aleatoria, se comprobó que existían diferencias estadísticamente significativas en las medidas pre-intervención entre el grupo de intervención y el grupo de control, por lo que la comparación en los resultados pos-intervención entre los dos grupos se realizó utilizando un ANCOVA, e introduciendo como covariables las medidas pre-intervención, para controlar su efecto.

Para comprobar la eficacia de la intervención se ha utilizado un análisis *t* de Student, medidas repetidas, en las variables de salud y bienestar para los cuidadores/as familiares, por una parte, y para los cuidadores/as remunerados, por otra.

Tal y como puede observarse en las Tablas 26 y 27, el programa de intervención grupal resulta estadísticamente significativo en mejorar la salud psicológica de los cuidadores/as remunerados. En lo que respecta a las personas cuidadoras familiares, aunque se observa una tendencia a la mejoría en las puntuaciones pre-posintervención, esta tendencia no alcanza los niveles de significación consensuados.

En la Tabla 29 se muestran, además, los resultados de comparación entre los dos tipos de intervención en los cuidadores/as remunerados, encontrándose que no existen diferencias estadísticamente significativas en las variables dependientes entre los dos tipos de intervención, una vez que se controla el efecto de las medidas pre.

Tabla 26. Contraste de medias, medidas repetidas, entre las variables de salud antes y después de la intervención psicoeducativa grupal, cuidadores/as familiares

	Antes de la intervención		Después de la intervención		<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>		
Sobrecarga Subjetiva	53.72	16.303	55.24	17.007	-.656	.516
Salud Psicológica	12.02	5.997	10.86	4.243	1.107	.275
Salud Autopercebida	2.61	0.790	2.47	0.725	.288	.096

Tabla 27. Contraste de medias, medidas repetidas, entre las variables de salud antes y después de la intervención psicoeducativa grupal, cuidadores/as remunerados/as

	Antes de la intervención		Después de la intervención		<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>		
Satisfacción Laboral	7.53	2.50	7.33	2.94	0.587	.567
Salud Psicológica	12.06	6.02	9.13	4.92	2.250	.041
Salud Autopercibida	2.40	0.98	2.53	0.99	-.807	.431

Tabla 28. Estadísticos descriptivos en las variables de salud, cuidadores/as remunerados

GRUPO_EXPERIMENTAL	<i>Media</i>	<i>DT</i>
<b>Salud psicológica</b>		
GRUPO INTERVENCIÓN GRUPAL	10.6667	5.56776
GRUPO INTERVENCIÓN INDIVIDUAL	8.3750	3.99792
Total	9.2000	4.64579
<b>Salud autopercibida</b>		
GRUPO INTERVENCIÓN GRUPAL	2.89	1.054
GRUPO INTERVENCIÓN INDIVIDUAL	1.94	.574
Total	2.28	.891
<b>Satisfacción laboral</b>		
GRUPO INTERVENCIÓN GRUPAL	6.11	3.180
GRUPO INTERVENCIÓN INDIVIDUAL	7.00	2.556
Total	6.68	2.765

Tabla 29. ANCOVA, comparación entre el grupo de intervención y el grupo de contacto terapéutico reducido, en las variables pos, cuidadores/as remunerados/as

Dependent Variable: Salud autopercebida				
	Error tipo III	Media <sup>2</sup>	F	Sig.
Modelo corregido	11.006 <sup>a</sup>	5.503	15.068	.000
	1.697	1.697	4.648	.042
Salud autopercebida pre	5.792	5.792	15.860	.001
GRUPO_EXPERIMENTAL	.249	.249	.682	.418
Error	8.034	.365		
Total	149.000			
Corrected Total	19.040			
Dependent Variable:Satisfacción laboral				
	Error tipo III	Media <sup>2</sup>	F	Sig.
Modelo corregido	128.484 <sup>a</sup>	64.242	25.718	.000
	2.788	2.788	1.116	.302
Satisfacción laboral pre	123.933	123.933	49.613	.000
GRUPO_EXPERIMENTAL	2.725	2.725	1.091	.308
Error	54.956	2.498		
Total	1299.000			
Corrected Total	183.440			
Dependent Variable: Salud psicológica				
	Error tipo III	Media <sup>2</sup>	F	Sig.
Modelo corregido	117.584 <sup>a</sup>	58.792	3.230	.059
	63.193	63.193	3.472	.076
Salud psicológica pre	87.334	87.334	4.798	.039
GRUPO_EXPERIMENTAL	.028	.028	.002	.969
Error	400.416	18.201		
Total	2634.000			
Corrected Total	518.000			



En la Tabla 30 se muestran los resultados en la satisfacción de las personas cuidadoras que participaron el grupo de intervención psicoeducativa. Las puntuaciones, como puede observarse, son elevadas.

Tabla 30. Satisfacción de las personas cuidadoras participantes en el grupo de intervención psicoeducativa

	Media	DT
Familiares	8.94	1.413
Remunerados	8.91	1.337

## 6. Resultados: impacto en difusión

La difusión científica y profesional se ha realizado en diversos ejes.

En cuanto al impacto bibliométrico y de difusión a la comunidad científica y profesional, por una parte, los investigadores del proyecto han participado en congresos nacionales e internacionales, en los que se han realizado comunicaciones orales y pósters de temas relacionados con el cuidado, así como de resultados parciales del proyecto de investigación. Por ejemplo se ha acudido al 12th International Congress of Behavioral Medicine (Internacional), 20th European Congress of Psychiatry (Internacional) o el 33rd STAR International Conference (Internacional).

También se han publicado artículos en revistas nacionales e internacionales y se están preparando otros para su próxima publicación, especializadas en salud, en trabajo y/o en género, como Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológicas, Anuario de Psicología, Clínica y Salud.

En la Tabla 31 se muestran los trabajos científicos relacionados con el cuidado realizados por los investigadores/as colaboradores/as.

Tabla 31. Producción científica de los investigadores/as del proyecto relacionada con el cuidado

AUTORES y AÑO	TÍTULO	REFERENCIA <sup>2</sup>	TIPO DE CONTRIBUCIÓN <sup>1</sup>	ESTADO
Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M. P. & Santamaría, P. (2012)	Personality and Psychological Adjustment in Caregivers	20th European Congress of Psychiatry (Internacional). Praga (República Checa) AÑO: marzo de 2012	P	Presentado
Cuéllar-Flores, I. (2012)	Aproximación inicial a los resultados globales en personas cuidadoras	III Jornadas Personas Cuidadoras Formales y Familiares y Salud (Nacional) <i>LUGAR DE CELEBRACIÓN:</i> Madrid (España) AÑO: junio de 2012	C	Presentado
Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M.P. & Rivas, R. (2012)	Femininity and mental health in female caregivers	33rd STAR International Conference (Internacional) <i>LUGAR DE CELEBRACIÓN:</i> Palma de Mallorca (España) AÑO: julio de 2012	P	Presentado
Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M.P. & Rivas, R. (2012)	Personality styles and depression in female family caregivers	12th International Congress of Behavioral Medicine (Internacional) <i>LUGAR DE CELEBRACIÓN:</i> Budapest (Bulgaria) AÑO: agosto de 2012	P	Presentado
Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M. P. y Brabete, A. (2012)	Thinking styles and psychological treatment effectiveness in caregivers: a pilot study	Psiworld 2012 (Internacional) <i>LUGAR DE CELEBRACIÓN:</i> Bucarest (Rumanía) AÑO: octubre de 2012	C	Presentado
Cuéllar-Flores, I. (2012)	Seguimiento del proyecto de investigación "Personas Cuidadoras Formales y Familiares y Salud"	II Jornadas Personas Cuidadoras Formales y Familiares y Salud (Nacional) <i>LUGAR DE CELEBRACIÓN:</i> Murcia (España) AÑO: junio de 2011	C	Presentado
Cuéllar-Flores, I. (2012)	Cuidadores/as Formales, Cuidadores/as Familiares y Salud. Bases teóricas y metodológicas.	I Jornadas Personas Cuidadoras Formales y Familiares y Salud (Nacional) <i>LUGAR DE CELEBRACIÓN:</i> Madrid (España) AÑO: junio de 2010	C	Presentado
Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M. P. y Santamaría, P. (2012)	Personality and psychological adjustment in formal caregivers.	European Psychiatry, 27 (1), p. 1 Doi : 10.1016/S0924-9338(12)75085-X <b>Impact Factor (JCR) 2011: 2.766</b>	M	Publicado

Cuéllar-Flores, I. y Dresch, V. (2012)	Validación del cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC en personas cuidadoras	Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológicas <b>Índice impacto (JCR): 0,41</b>	<b>A</b>	<b>En prensa</b>
Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M. P. y Santamaría, P. (2012)	Personality and psychological adjustment in formal caregivers	Anuario de Psicología	<b>A</b>	<b>En prensa</b>
Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M. P. (2012)	Adaptación psicológica en personas cuidadoras de familiares dependientes	Clínica y Salud, 23(2)	<b>A</b>	<b>En prensa</b>
Cuéllar-Flores, I. Dir. M.P. Sánchez-López	Cuidado familiar y estilos de personalidad: Análisis a través de un modelo de afrontamiento del estrés	Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.	<b>T</b>	<b>Defensa en 2013</b>
Sánchez-Herrero, S., Sánchez-López, M.P. y Aparicio García, M.E. (2011)	Salud, ansiedad y autoestima en mujeres de mediana edad cuidadoras y no cuidadoras	Ansiedad y Estrés, 17 (1), 27-37)	<b>A</b>	<b>Publicado</b>
Hurtado de Mendoza, C., Martín, J. Aparicio García, M.E. y Luceño, M.L. (2011)	Ansiedad y estrés en la mujer trabajadora. Diferencias y relaciones con otros factores.	III International Congress on Emotional Intelligence	<b>P</b>	<b>Presentado</b>
Muñoz Almarzo, V. y Aparicio García, M.E. (2012)	Programa de intervención: mujeres, cuidado informal y género	Trabajo Fin de Master "Mujeres y Salud", UCM.	<b>T</b>	
Doctoranda: Miriam García Carro Directora: Violeta Cardenal Hernáez.	Prevención de riesgos psicosociales y promoción de la salud en el personal sanitario: evaluación y tratamiento: Diferencias de género.	Universidad: COMPLUTENSE DE MADRID Facultad: PSICOLOGÍA	<b>T</b>	<b>En preparación</b>
Autor: Daniel Díaz Frutos	Aspectos biopsicosociales en los y las	Universidad: COMPLUTENSE DE MADRID	<b>TFM</b>	<b>Leído</b>

Directora: Violeta Cardenal Hernández (2011)	cuidadores/as formales del Hospital Virgen de la Póveda	Facultad: PSICOLOGÍA		
Dresch, V., Saavedra, A.I. y Sánchez-López, M.P.	Occupational stress versus cortisol associated to psychological variables and gender differences among women and men in nursing	Revista: Stress and Health <b>Índice impacto (JCR): 0,91</b>	<b>A</b>	<b>En preparación</b>
Doctoranda: M <sup>a</sup> Esperanza Manso Martínez  Directora: M. P. Sánchez López	Relaciones entre personalidad, género y salud en personas cuidadoras/es informales en una zona rural, desde un modelo biopsicosocial.	Tesis doctoral leída el 11-9-12. Sobresaliente cum laude	<b>T</b>	<b>Leída</b>
De Andrés Jiménez, E. (Directores: Limiñana Gras, R. M y Ato García, M.	Personalidad, sintomatología clínica e ira en cuidadores familiares de personas con demencia	Fecha de lectura prevista para 2013	<b>T</b>	<b>En preparación</b>
Limiñana (2011)	Análisis descriptivo en fases: las personas cuidadoras en los centros colaboradores de la Región de Murcia.	Limiñana Gras, R. M (2011). II Jornadas: "Personas cuidadores Formales y Familiares y Salud". Murcia (Spain), 2011 *Jornada nacional	<b>C</b>	<b>Presentado</b>
De Andrés Jiménez, E., Limiñana Gras, R. M., Fernández Ros, E. (2011)	Personalidad y Demencia: Aproximación al perfil diferencial del cuidador	De Andrés Jiménez, E., Limiñana Gras, R. M., Fernández Ros, E. (2011). Personalidad y Demencia: Aproximación al perfil diferencial del cuidador. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education. Vol 1, nº3, 85-94	<b>A</b>	<b>Publicado</b>
De Andrés Jiménez, E., Limiñana Gras, R. M., Colodro Conde, L. (2011)	Manejo de la ira en el cuidador de la persona con demencia	De Andrés Jiménez, E; Limiñana Gras, RM; Colodro Conde, L. Manejo de la ira en el cuidador de la persona con demencia Congreso Internacional Global Alzheimer's research Summit. Madrid (Spain), 2011.	<b>P</b>	<b>Presentado</b>

		*Congreso internacional		
De Andrés Jiménez, E., Limiñana Gras, R. M. (2011)	Personalidad y Demencia: Una aproximación a un perfil diferencial del cuidador	De Andrés Jiménez, E., Limiñana Gras, R. M. Personalidad y Demencia: Una aproximación a un perfil diferencial del cuidador. I Congreso Nacional Demencias y Enfermedad de Alzheimer. Almería (Spain), 2011  *Congreso nacional - Comunicación publicada en: Pérez Fuentes, M. C. y Gázquez Linares, J. J. (2011). Envejecimiento y Demencias. Un enfoque multidisciplinar, pp. 187-192. Editorial GEU	<b>C</b>	<b>Presentado</b>
Limiñana Gras, R. M. (2011)	Discapacidad, Vida Independiente y Salud.	Limiñana Gras, R. M (2011). Discapacidad, Vida Independiente y Salud. 1º Seminário Internacional SAÚDE COLETIVA, BIOÉTICA e sua MULTIPLICIDADES. Universidade Federal Fluminense. Niterói, Brasil.	<b>C</b>	<b>Presentado</b>
Limiñana (2012)	Eficacia y eficiencia de las intervenciones con personas cuidadoras. Experiencia en Murcia.	Limiñana Gras, R. M (2012). Eficacia y eficiencia de las intervenciones con personas cuidadoras. Experiencia en Murcia. III Jornadas: "Personas cuidadores Formales y Familiares y Salud". Escuela de Relaciones Laborales. Universidad Complutense de Madrid.  *Jornadas nacionales	<b>C</b>	<b>Presentado</b>
De Andrés Jiménez, E., Limiñana Gras, R. M., Ato García, M. y Colodro Conde, L. (2012)	Salud y sufrimiento en mujeres cuidadoras de personas con demencia	De Andrés, E., Limiñana, R. M., Ato, M. y Colodro, L. Salud y sufrimiento en mujeres cuidadoras de personas con demencia. IX Congreso Internacional de la SEAS. Valencia (Spain), 2012.  *Congreso internacional	<b>S</b>	

		- Abstract publicado en: IX Congreso Internacional de la Sociedad española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. Libro de resúmenes 2012, pp.68.		
De Andrés Jiménez, E., Limiñana Gras, R. M. y Ato García, M. (2012)	Sintomatología psicológica en cuidadores y cuidadoras de personas con demencia: Diferencias de género	De Andrés Jiménez, E., Limiñana Gras, R. M. y Ato García, M. Sintomatología psicológica en cuidadores y cuidadoras de personas con demencia: Diferencias de género. II Congreso Nacional de Demencias y Enfermedad de Alzheimer. Por un envejecimiento activo. Almería (Spain), 2012. *Congreso nacional - Abstract publicado en: Cd de Actas del II Congreso Nacional de Demencias y Enfermedad de Alzheimer. Por un envejecimiento activo, pp. 46.	C	Presentado
De Andrés Jiménez, E., Colodro Conde, L., Martínez Rodríguez, C., Contreras Gil, J. y Ródenas Ríos, M. (2011)	Personas cuidadores Formales y Familiares y Salud	De Andrés Jiménez, E., Colodro Conde, L., Martínez Rodríguez, C., Contreras Gil, J. y Ródenas Ríos, M. Cuidadores familiares en los centros colaboradores de la Región de Murcia: percepciones y experiencias. II Jornadas: "Personas cuidadores Formales y Familiares y Salud". Murcia (Spain), 2011 *Jornada nacional	C	Presentado
De Andrés Jiménez, E., Limiñana Gras, RM, Ato García, M, Colodro Conde, L, Ortuño Campillo, T. (2012).	Afrontamiento cognitivo e ira en familiares cuidadores de personas con demencia	De Andrés Jiménez, E., Limiñana Gras, R. M., Ato García, M., Colodro Conde, L., Ortuño Campillo, T. Afrontamiento cognitivo e ira en familiares cuidadores de personas con demencia. II Jornada de la Asociación Iberoamericana para la Investigación de las Diferencias Individuales (AIIDI). Murcia (Spain), 2012. *Jornada internacional - Abstract publicado en: Líneas actuales en la investigación de las diferencias individuales, la inteligencia y la personalidad. Libro de Actas de la II Jornada de la Asociación Iberoamericana para la Investigación de las Diferencias Individuales, pp. 34-35. Murcia, Diego Marín. 2012.	C	Presentado

<sup>1</sup> CL= Capítulo de libro, A= Artículo, P=Póster científico, C=Comunicación oral, L=Libro, M= Resumen de comunicación, T = Trabajo de investigación (tesina, tesis doctoral, trabajo de fin de máster)

<sup>2</sup> Incluir nombre y referencia completa de la revista, título del libro o nombre del congreso o jornada

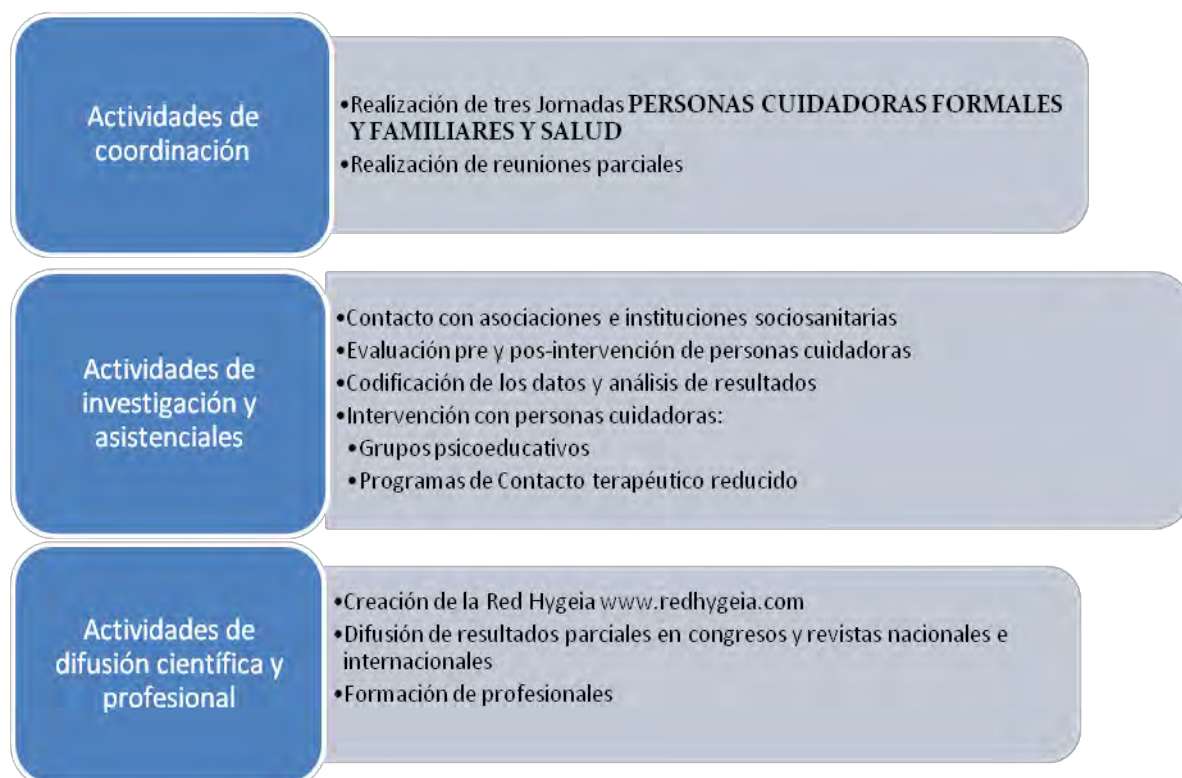
Asimismo, el impacto asistencial se ha visto reforzado a través de la difusión de los resultados y la formación de los alumnos, todos profesionales de la salud, en el Máster/Doctorado Oficial “Mujeres y Salud” de la Universidad Complutense de Madrid, y también en el Curso de la Escuela Complutense de Verano “La salud de las mujeres” dirigido por miembros del grupo que formó parte de la investigación y en los que también participaron miembros del grupo como docentes. En Murcia, la transferencia de conocimiento se ha hecho a partir de las clases impartidas por varios de los miembros del grupo de investigación en el Master de Clínica y Salud y en diversas actividades realizadas con los alumnos. En el caso de profesionales, como los de Segovia, Zaragoza, Murcia y Madrid, la transferencia se ha hecho por parte de esos mismos profesionales, en su trato con personas cuidadoras familiares y formales.

Además, se han realizado tres Jornadas Personas Cuidadoras Formales y Familiares y Salud (ver Anexo con los folletos), en las que se coordinaron las actividades del grupo y se proporcionó formación e información tanto a los investigadores/as colaboradores/as como a otros profesionales invitados.

Finalmente, la difusión de las conclusiones a profesionales y cuidadores se ha visto estimulada mediante una página web ([www.redhygeia.com](http://www.redhygeia.com)) que ha servido como puente de difusión de información. En ella se ofrece información sobre el cuidado, sobre las jornadas y sobre el proyecto de investigación, y se pondrá a disposición de los internautas un dossier con información práctica extraída de las conclusiones de este proyecto de investigación.

## 7. Conclusiones y prospectiva

Las actividades realizadas a lo largo del tiempo en el proyecto de investigación han contribuido tanto a su impacto científico y de investigación, como asistencial y de difusión de información profesional y científica.



### a. Impacto científico y asistencial

Los resultados del estudio permiten aceptar la Hipótesis 1. Las personas cuidadoras familiares presentan una peor salud psicológica, una menor satisfacción global, una mayor frecuencia de dolores cervicales, lumbares y de cabeza, y expresan en menor medida una salud autopercebida buena que la población general, ésta última extraída de muestras de comparación de estudios publicados. Con respecto a los cuidadores remunerados, éstos presentan una peor salud psicológica, un menor número de visitas al médico de familia y una mayor frecuencia de dolores de cabeza que la población general. Estos resultados tienen un nivel de significación  $<.01$ .

La Hipótesis 2 sólo se acepta parcialmente, pues dentro del grupo de personas cuidadoras, las mujeres presentan un mayor número de enfermedades o dolencias que los hombres cuidadores ( $p <.01$ ), mientras que las mujeres y los hombres cuidadores remunerados no se diferencian en ningún indicador de salud.

Los resultados permiten aceptar la Hipótesis 3 con respecto a las mujeres, con respecto a los hombres los resultados sólo apoyan parcialmente la hipótesis propuesta. En las mujeres, la conformidad con las normas de género femeninas se relacionan con el consumo de tabaco, la salud psicológica y el número de enfermedades o dolencias. Concretamente la norma 1 (Ser agradable en las relaciones) y la norma 6 (Interés por relaciones románticas) se relacionan con un menor consumo de tabaco y un menor número de enfermedades, la norma 5 (Modestia) se relaciona con una peor salud psicológica, y la escala total se relaciona con un menor número de enfermedades o dolencias. En los hombres la norma 9 (Búsqueda de status) se relaciona con un mayor consumo de tabaco.

La Hipótesis 4 puede aceptarse, pues el modelo teórico propuesto para explicar las relaciones entre variables antecedentes, variables moderadoras y salud en las personas cuidadoras, basado en los antecedentes actuales sobre la temática, da cuenta de las relaciones encontradas entre los datos, en su mayor parte.

Concretamente, las variables Antecedentes confirman parcialmente las relaciones esperadas a partir del Modelo de Afrontamiento del Estrés en el Cuidado Adaptado con el resto de variables. Concretamente, la edad muestra correlaciones significativas con el número de problemas de salud y el nivel socioeconómico se relaciona de forma directa con la sobrecarga percibida, la satisfacción familiar, el apoyo social y la salud autopercebida. Estas correlaciones muestran un tamaño del efecto entre bajo y moderado. Con respecto a los Estresores primarios, sólo se encuentran relaciones significativas entre los estresores subjetivos, como la sobrecarga percibida, y las variables de salud (concretamente, salud autopercebida, psicológica y número de problemas de salud), mientras que los estresores objetivos, como el nivel de dependencia, el tiempo que lleva cuidando y el número de horas dedicadas al cuidado, no muestran correlaciones significativas. Las correlaciones significativas encontradas muestran un tamaño del efecto moderado.

Los Estresores secundarios se relacionan de forma negativa con el nivel de dependencia de la persona cuidada, el grado de sobrecarga percibida y con la mayoría de las variables de salud (salud autopercebida, psicológica y número de problemas de salud), de acuerdo con la idea de la "proliferación del estrés", es decir, con que los estresores primarios dan lugar a cambios que a su vez suponen una fuente de estrés, esto es, los secundarios. Estas correlaciones tienen un tamaño del efecto moderado.



Los Estresores considerados “objetivos” no confirman las relaciones esperadas con las variables de salud, mientras que los “subjetivos” sí lo hacen. Este resultado viene a confirmar que la carga objetiva del cuidador, con ser importante, no es determinante a la hora de explicar el malestar de este colectivo y que la valoración subjetiva que los cuidadores realizan de su actividad explica mejor los efectos del cuidado que la propia tarea en sí misma (Aneshensel *et al.*, 1995; Gallagher, Phillips, Oliver y Carroll, 2008; Zarit, Todd y Zarit, 1996). En cuanto a los Estresores secundarios (la Satisfacción familiar y laboral), se relacionan con los primarios y con las variables de salud en la dirección esperada. Es decir, los Estresores secundarios se relacionan positivamente con los primarios, dando cuenta de que el cuidado es un proceso complejo que se desarrolla en el tiempo y que unos estresores dan lugar a cambios que a su vez suponen una fuente de estrés y un riesgo para la salud de los que cuidan (Pearlin *et al.*, 1990).

El apoyo social percibido se relaciona significativamente, y con un tamaño del efecto moderado, con una mayor salud (salud autopercebida, psicológica y número de problemas de salud), y muestra correlaciones con la sobrecarga percibida y los estresores secundarios. Los resultados con respecto al Apoyo social percibido como Modulador confirman casi totalmente las relaciones esperadas con las variables de salud. Es decir, la percepción de un menor apoyo social en el grupo de personas cuidadoras de este trabajo se relaciona con una peor salud psicológica (Hinrichsen y Niederehe, 1994; Spratt, Saylor y Macias, 2007; Llácer *et al.*, 2002; Yanguas, Leturia y Leturia, 2001) y física (Fisher y Ransom, 1995; Goode *et al.*, 1998) y una mayor sobrecarga percibida (Grandón, Genaro y Lemos, 2008; Zarit, Reeve y Bach-Peterson, 1980). Es importante destacar que el tamaño del efecto, es decir, la magnitud de estas relaciones, es moderado.

Con respecto a las Consecuencias, todas las variables de salud, salvo el número de visitas al médico/a de familia muestran alguna correlación significativa.

La Hipótesis 5 afirmaba que “el programa de intervención diseñado a partir de los tratamientos basados en la evidencia y del modelo sometido a verificación en la hipótesis anterior mejorará los IS de las personas cuidadoras que participen en él”. Ésta hipótesis tan solo se cumple parcialmente, para los cuidadores remunerados.

Los resultados indicaron cambios positivos que no alcanzaron los niveles de significación necesarios para poder afirmar que se produjo una mejoría en los cuidadores familiares. Estos resultados irían en la línea de los estudios que, pese a que la evidencia empírica disponible sobre la eficacia de este tipo de programas para mejorar la salud psicológica de las personas cuidadoras (Brodaty *et al.*, 2003; Gatz *et al.*, 1998; Knight *et al.*, 1993; Sörensen *et al.*, 2002), han señalado limitaciones en la eficacia de las intervenciones con cuidadores (Barlow, Coren y Stewart-Brown, 2002; Dunkin y Anderson-Hanely, 1998; Goretti, Krauss-Silva y Marques, 2008; Knight *et al.*, 1993; Selwood *et al.*, 2001; Sörensen *et al.*, 2002). Es posible, no obstante, que los resultados no concluyentes sobre la eficacia de la intervención en este grupo puedan deberse, al menos en parte, a que está formado por cuidadores con niveles de malestar emocional menos elevados que otros estudios realizados en nuestro medio, y en términos generales las puntuaciones medias para sobrecarga subjetiva y apoyo social percibido son mejores a las descritas en otros trabajos (por ejemplo, Crespo y López, 2007; Losada *et al.*, 2006; López, 2006). Esto contribuiría a que las diferencias entre las puntuaciones pre-postratamiento sean más pequeñas. De hecho, Sörensen *et al.* (2002) en su meta-análisis, ya señalaron que las investigaciones sobre la eficacia de programas de intervención con cuidadores con mayor carga obtenían mejores resultados. Si a esto añadimos el hecho de que se trata de una muestra pequeña, las tendencias apuntadas no alcanzarían los niveles de significación estadística requeridos.

No obstante, a pesar de que los datos muestran que no existen cambios estadísticamente significativos en salud antes y después de la intervención psicoeducativa grupal con cuidadores/as familiares, al analizar de forma más pormenorizada los datos, estos indican que el 45.7% de las personas cuidadoras mejora sus puntuaciones en salud psicológica y el 20% en salud autopercebida. Además, el grado de satisfacción con los programas de intervención fue elevado, como así lo demuestra la puntuación informada por los cuidadores/as y las impresiones recogidas por los/as coordinadores/as de los grupos.

En lo que respecta a los cuidadores/as remunerados, la intervención mejora su salud psicológica, aunque cuando se comparan los dos tipos de intervención implementados, ninguno de los programas se muestra más eficaz en mejorar la salud de los cuidadores/as.

En general podemos concluir que los resultados confirman estudios previos sobre que ser cuidador/a puede suponer un riesgo para la salud (Pinquart y Sörensen, 2003; Gutierrez-Maldonado et al. 2005), también en el caso de los cuidadores/as remunerados (Eriksen, 2003; 2006; 2006; Eriksen et al., 2003; 2006; 2008) y sobretodo en la salud psicológica de éstos.

También se confirma que las mujeres cuidadoras familiares presentan peores niveles de salud que los hombres (Pinquart y Sörensen, 2006), aunque sólo en la salud física, y esto no puede afirmarse en el caso de los cuidadores/as remunerados. En todo caso, los resultados sobre las diferencias en salud en función del sexo deben tomarse con cautela, teniendo en cuenta el pequeño número de hombres con los que ha contado este estudio, aunque sea representativo de la distribución de hombres y mujeres en el cuidado.

El modelo de afrontamiento del estrés en el cuidado de Pearlin sirve de heurístico para analizar los resultados encontrados, y se ha mostrado útil en nuestro grupo de personas cuidadoras. Incluido en el grupo de cuidadores/as remunerados. La sobrecarga subjetiva, más que la objetiva, así como el apoyo social percibido y la satisfacción resultan importantes para la salud de las personas cuidadoras.

Otra de las aportaciones de este estudio es el papel que la conformidad con el género ha mostrado tener con respecto a la salud de las personas cuidadoras. En las mujeres de nuestro estudio la conformidad con las normas femeninas tradicionales se relaciona con una mejor salud física y unos hábitos más saludables. En los hombres, la conformidad con las normas masculinas se relaciona con un mayor consumo de tabaco.

En lo que respecta a los programas de intervención realizados, se han mostrado eficaces en mejorar la salud de las personas cuidadoras remuneradas, no así con las personas cuidadoras familiares, aunque la tendencia en las puntuaciones es a la mejoría y la satisfacción con el programa es muy elevada.

Las principales conclusiones del estudio serían las siguientes:

- **Los cuidadores/as familiares tienen peores niveles de salud física y psicológica y satisfacción vital que la población general.**
- **Las mujeres cuidadoras tienen peor salud física que los hombres cuidadores.**
- **La conformidad con las normas de género femenino tiene riesgos y beneficios para la salud psicológica de las mujeres cuidadoras.**
- **El modelo de afrontamiento del estrés en el cuidado es parcialmente válido para explicar el proceso de adaptación en los cuidadores/as.**
- **El programa de intervención psicoeducativa grupal resulta eficaz en mejorar la salud psicológica de las personas cuidadoras remuneradas.**

- **El programa de intervención psicoeducativa grupal resulta eficaz en mejorar la salud de algunas personas cuidadoras familiares y remuneradas.**

Con respecto a las recomendaciones futuras, se deberá continuar investigando programas de mejora de la salud de las personas cuidadoras, tanto familiares como remuneradas, lo que podrá contribuir a mejorar las inequidades de género en salud. Proponemos como perspectiva futura ampliar el estudio de los cuidadores/as remunerados profesionales, y más concretamente, del personal de enfermería, por el lugar de agente de salud que tienen y por tratarse de una profesión de riesgo (González y Domínguez, 2000; Eriksen, 2003, 2006, 2006; Eriksen et al., 2003, 2006, 2008; Vinaccia y Alvaran, 2004). Además, se plantea como elemento de la evaluación integral (biopsicosocial) que nos proponemos, que deberá ser ampliada con otras medidas biológicas en el futuro para valorar otros posibles efectos sobre la salud de las personas cuidadoras. Por otra parte dado que este proyecto tenía una duración máxima de 3 años, consideramos imposible incluir una evaluación pos-tratamiento a largo plazo, para lo cual se buscará en el futuro la oportuna subvención mediante la que realizar un seguimiento de esas características.

Para mejorar la eficacia es necesario conocer más acerca de qué tipo de tratamientos son efectivos con qué tipo de personas cuidadoras (Gitlin *et al.*, 2003; Zarit, 2009). Las intervenciones psicoeducativas grupales que han mostrado su eficacia hasta el momento son “generalistas”, estructuradas y globales, y no toman en cuenta la especificidad de las personas que son incluidas. Por todo ello se requiere de aproximaciones terapéuticas que permitan consolidar la confianza en las habilidades de los cuidadores/as, ayudando a desarrollar, desde lo real y lo posible (Limiñana, 2006), una sana adaptación a esta situación familiar.

#### **a. Impacto en la difusión científica y profesional de conocimientos**

Otra de las conclusiones del proyecto de investigación realizado ha sido la importancia del trabajo multidisciplinar y en red, así como los beneficios del trabajo distribuido y multicéntrico. Consecuencia de esto ha sido la creación de un grupo de investigadores/as procedentes de diversos ámbitos y regiones, con una plataforma en Internet que permita la comunicación y difusión de los conocimientos en salud y género: la Red Hygeia ([www.redhygeia.com](http://www.redhygeia.com)).

En los Anexos se incluye un listado con las contribuciones científicas realizadas hasta el momento de los/as investigadores/as que han colaborado con el proyecto. Además se prevé que la producción científica derivada de este proyecto continúe.

Las principales conclusiones con respecto al impacto en la difusión son las siguientes:

- **Los objetivos del proyecto CUFASA se han cumplido.**
- **Multidisciplinariedad + Multicentrismo del equipo como valores añadidos.**
- **Bases para el trabajo en red.**
- **Importante difusión de resultados.**
- **Consolidación y avance en los medios profesionales y técnicos del equipo (de ahora en adelante Red Hygeia) para continuar investigando en género y salud.**

## 7. Bibliografía comentada

Sobre la salud de las personas cuidadoras:

\* Vitaliano, P.P., Zhang, J. y Scanlan, J.M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 946-972.

\* Pinquart, M. y Sörensen, S. (2003). Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267.

*Excelentes y ya clásicos meta-análisis sobre la salud de cuidadores familiares de personas mayores. Ambos muestran que las diferencias en salud (el primero en salud física autoinformada y en indicadores biológicos de salud, y el segundo también en salud psicológica y bienestar) entre cuidadores y no cuidadores son consistentes.*

\* Losada A, Montorio I, Izal M. y Márquez M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: IMSERSO.

\* Limiñana, R. M.; Sánchez-López, M.P y Corbalán, J. (2009). Thinking styles and coping when caring with severe spina bífida. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(2), 125-134.

*Estudio diseñado para identificar las dimensiones cognitivas implicadas en el afrontamiento, predictoras del ajuste psicológico en cuidadores familiares de niños con MMC. Trabajo realizado por el equipo de Losada que resume muy bien las principales variables moduladoras de la salud en cuidadores familiares de personas mayores.*

\* Awad, G. y Voruganti, L.(2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmaeconomics*, 26(2), 140-162.

*Trabajo de revisión de los costes en salud que puede tener el cuidado de un familiar con esquizofrenia.*

\* Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. y Skaff, M.M (1990) Caregiving and The Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-591.

*Uno de los primeros trabajos en sistematizar y proponer un modelo teórico de investigación y trabajo sobre la salud de las personas cuidadoras. Con este trabajo se instaura la incorporación de los modelos de afrontamiento del estrés en la comprensión de la tarea de cuidar.*

Sobre la salud de cuidadores remunerados (auxiliares de enfermería y auxiliares a domicilio):

\* Eriksen W, Tambs K, Knardahl S. (2006). Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 28, 6-290.

\* Eriksen W. (2006b). Work factors as predictors of persistent fatigue: a prospective study of nurses' aides. *Occupational Environmental Medicine*, 63(6), 428-34.

\*Eriksen W, Bruusgaard D, Knardahl S. (2003). Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. *Occupational Environmental Medicine*, 60(4), 271-8.

*Eriksen es uno de los investigadores con mayor producción bibliométrica en cuidadores remunerados. Estudia los diversos riesgos psicosociales y físicos que tiene el personal auxiliar de clínica.*

Directora: María del Pilar Sánchez López

Sobre las relaciones entre sexo, género y salud en mujeres y hombres cuidadores:

\* Pinquart, M. y Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an update meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 61B, 33-45.

\* Yee, J.J. y Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *The Gerontologist*, 40, 147-164.

*Ambos meta-análisis muestran diferencias modestas pero consistentes entre cuidadores en función del sexo.*

\*Limiñana, R.M.; Patró, R y Corbalán, J. (2007). Afrontamiento y Adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina. *Anales de Psicología*, 23 (2), 201-206.

\*Limiñana, R.M.; Corbalán, J. y Calvo M.T. (2009). Resiliencia y discapacidad. Murcia: Ed. Universidad de Murcia.

*Ambos trabajos son estudios previos de miembros del equipo que muestran diferencias en función del sexo, remitiendo a la necesidad de un análisis desde la perspectiva de género.*

\* Mahalik, J.R., Burns, S. M. y Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64, 2201–2209.

*En este trabajo se estudian las relaciones entre conductas de salud y género, éste último operativizado a través de una medida sobre la conformidad con las normas masculinas.*

Sobre programas de atención e intervención con personas cuidadoras:

\*Gallagher-Thompson, D. y Coon, D.W. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology & Aging*, 22, 37–51.

*Artículo que actualiza la relación de tratamientos basados en la evidencia (EBT-Chambless et al. 1998) para mejorar la salud de cuidadores familiares de personas mayores. La selección de los trabajos guiados por los criterios de EBT garantiza que los trabajos revisados se adecuen a unos requisitos metodológicos adecuados, así aparecen reseñados tres grupos de tratamientos como "bien establecidos".*

\*Mimura, C. y Griffiths, P. (2003). The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 10-15.

*Este trabajo es uno de los pocos que intenta sistematizar la eficacia de los tratamientos sobre el malestar del personal de enfermería (de los 10 trabajos que revisa sólo 1 se ha realizado con auxiliares). Los autores afirman que a partir de sus datos no es posible recomendar ningún tratamiento.*

\* Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42, 356–372.

\* Yin, T., Zhou, Q., & Bashford, C. (2002). Burden on family members caring for frail elderly: A meta-analysis of interventions. *Nursing Research*, 51, 199–208.

*Ambos meta-análisis revisan diferentes intervenciones con cuidadores de personas mayores y de personas con demencia. Y cuyos tamaños del efecto oscilan entre .14 y .41 desviaciones típicas de media, para el malestar de los cuidadores.*

**8. ANEXOS**

- **Producción científica de los/as investigadores/as del proyecto**
- **Consentimiento informado escrito**
- **Ficha de participantes**
- **Guía para la investigación**
- **Plan para la investigación**
- **Extracto del Programa psicoeducativo grupal para personas cuidadoras (familiares)**
- **Extracto del “Cuadernillo del programa de contacto terapéutico reducido”**
- **Folleto de las I, II y III Jornadas del proyecto**
- **Actas de las Reuniones parciales**

**Contribuciones científicas generales más relevantes de los/as investigadores/as durante el periodo de duración del proyecto**

AUTORES Y Año	TÍTULO	REFERENCIA <sup>2</sup>	TIPO DE CONTRIBUCIÓN <sup>1</sup>	ESTADO
Ortiz- Tallo, M., Cardenal-Hernández, V. Y Sánchez-López, M. P.	Guía de interpretación y de casos del pai	Madrid: TEA Ediciones	L	2012
Ortiz- Tallo, M., Cardenal-Hernández, V. Y Sánchez-López, M. P.	Inventario de evaluación de la personalidad, pai. Manual de aplicación, corrección e interpretación.	Madrid: TEA ediciones	L	2011
Ortiz- Tallo, M., Cardenal-Hernández, V., Santamaría, P. Y Sánchez-López, M. P.	Inventario de evaluación de la personalidad. Manual técnico.	Madrid: TEA ediciones	L	2011
Sanchez-Lopez, M.P.; Cuellar Flores, Isabel	Masculinity: how it can be made operative and its use in health.	BEYOND BORDERS: MASCULINITIES AND MARGINS. I Pág. 160 - 168 MEN'S STUDIES PRESS 2011	CL	2011
Limiñana Gras, Rosa; Sanchez-Lopez, M.P.; Corbalán Berná, Francisco Javier; Cuellar Flores, Isabel	Personality and masculinity: differential personality styles in men and women modulated by gender .	Growing Our Field: Emerging Perspectives on Masculinities and Men's Lives AMSA ANNUAL CLCOLLECTION, VOL II II MEN'S STUDIES PRESS 2011	CL	2011
Sanchez-Lopez, M.P.	Género y salud.	CONTAR CON EL CUERPO Pág. 73 - 91 FUNDAMENTOS 2011	CL	2011
Rivas Diez, Raquel; Sanchez-Lopez, M.P.	Relaciones entre salud mental y apoyo social percibido en mujeres víctimas de violencia de género.	LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL CONTEXTO DE LA GLOBALIZACIÓN Pág. 740 - 752 UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCIA 2011	CL	2011
Bravete, Andreea Catalina; Sanchez-Lopez, M.P.	How does the gender influence people's health? Data of a sample of romanian people living in Spain.	Procedia Social and Behavioral Sciences (33) Pág. 148 - 152 03/2012	A	2012
Rivas Diez, Raquel; Sanchez-Lopez, M.P.; Bravete, Andreea Catalina	Psychological health in chilean women based on the history of mistreatment.	Procedia Social and Behavioral Sciences (33) Pág. 153 - 157 03/2012	A	2012
Sanchez-Lopez, M.P.; Cuellar Flores, Isabel; Dresch, Virginia	The impact of gender roles on health.	Women and Health 2(52) Pág. 182 - 196 05/2012 JCR: 0.941	A	2012
Sanchez-Lopez, M.P.; Cuellar Flores, Isabel; Limiñana Gras, Rosa; Corbalán Berná, Francisco Javier	Differential personality styles in men and women: the modulating effect of gender conformity.	Sage Open 06/2012 <a href="http://sgo.sagepub.com/content/early/2012/06/14/2158244012451752">http://sgo.sagepub.com/content/early/2012/06/14/2158244012451752</a>	A	2012
Rivas Diez, Raquel; Sanchez-Lopez, M.P.; Cuellar Flores, Isabel	Mental health in battered women by their partners.	European Psychiatry 27(1) 09/2012 JCR: 2.766	A	2012
Sanchez-Lopez, M.P.; Cuellar Flores, Isabel	Comparison of feminine gender norms among spanish and american college women.	Psychology 2(4) Pág. 300 - 306 2011	A	2011
Cuellar Flores, Isabel; Sanchez-	El inventario de conformidad con las normas de género	ANALES DE PSICOLOGIA 27(1) Pág. 170 - 178 01/2011	A	2011

**PERSONAS CUIDADORAS FORMALES Y FAMILIARES Y SALUD.**

Directora: María del Pilar Sánchez López

Lopez, M.P.; Dresch, V.	masculinas (CMNI) en la población española.	JCR: 1.338		
Fusté Escolano, Adela; Ruiz, José ; Santamaria, Pablo; Cardenal, M.V.; Sanchez-Lopez, M.P.	Análisis de la convergencia entre los síndromes clínicos y los trastornos de personalidad evaluados con el MCMI-III y el MMPI-II-RF.	IX CONGRESO NACIONAL TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Nacional. Zaragoza, España	P	2012
Sanchez-Lopez, M.P.	La salud desde la perspectiva de género.	CONFERENCIA INTERNACIONAL QUESTOES DE GÉNERO E SAÚDE. VELHOS E NOVOS DESAFIOS Internacional. Oporto, Portugal	Ponencia invitada	2012
Rivas Díez, Raquel; Sanchez-Lopez, M.P.	Impacto psicológico y repercusiones en la salud del maltrato a la mujer por parte de su pareja.	V CONGRESO INTERNACIONAL Y X NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Internacional. Santander, España	C	2012
Santamaria Fernandez, Pablo; Ortiz-Tallo, Margarita; Cardenal Hernández, Violeta; Sanchez-Lopez, M.P.	Evaluación clínica de la personalidad con la adaptación española del PAI.	V CONGRESO INTERNACIONAL Y X NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Internacional. Santander, España	C	2012
Bravete, Andreea Catalina; Sanchez-Lopez, M.P.; Rivas Díez, Raquel	La relación entre la salud física y mental en las personas inmigrantes.	V CONGRESO INTERNACIONAL Y X NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Internacional. Santander, España	P	2012
Bravete, Andreea Catalina; Sanchez-Lopez, M.P.	El género y la salud: los migrantes rumanos.	VII CONGRESO MIGRACIONES INTERNACIONALES EN ESPAÑA: MOVILIDAD HUMANA Y DIVERSIDAD SOCIAL Nacional. Bilbao, España	P	2012
Rivas Díez, Raquel; Sanchez-Lopez, M.P.; Cuellar Flores, Isabel	Mental health in battered women by their partners.	20th EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY Internacional. Praga, República Checa	P	2012
Diez Raquel, Rivas; Sanchez-Lopez, M.P.	Social support and the recovery of woman survivors of gender violence: chilean women population.	GENDER VIOLENCE CONFERENCE Internacional. Bristol, Reino Unido	C	2012
Bravete, Andreea Catalina; Sanchez-Lopez, M.P.	How does the sex/gender system influence on people's health? Data of a sample of romanian people living in Spain.	PSIWORLD 2011 INTERNATIONAL CONFERENCE: PSYCHOLOGY AND THE REALITIES OF THE CONTEMPORARY WORLD Internacional. Bucarest, Rumanía	C	2011
Rivas Díez, Raquel; Sanchez-Lopez, M.P.; Bravete, Andreea Catalina	Psychological health in chilean women based on the history of mistreatment.	PSIWORLD 2011 INTERNATIONAL CONFERENCE: PSYCHOLOGY AND THE REALITIES OF THE CONTEMPORARY WORLD Internacional. Bucarest, Rumanía	C	2011
Rivas Díez, Raquel; Sanchez-Lopez, M.P.	Relaciones entre salud mental y apoyo social percibido en mujeres víctimas de violencia de género.	CONGRESO INTERNACIONAL DE VIOLENCIA DE GÉNERO	C	2011
Rivas Díez, Raquel; Sanchez-Lopez, M.P.	Apoyo social y bienestar en mujeres víctimas de malos tratos. Población chilena.	XVIII REUNION ANUAL DE LA SEAS Nacional. Madrid, España	P	2011
Sanchez-Lopez, M.P.	Presentación de la revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica (RIDEP).	VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e contextos Internacional. Lisboa, Portugal	Mesa redonda	2011
Sanchez-Lopez, M.P.; Rivas	Masculinidad y feminidad como predictores de consumo de	VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica	C	2011

Proyecto de investigación financiado por el Instituto de la Mujer. *Resolución 3 de noviembre de 2009, del Instituto de la Mujer (BOE 6 de noviembre).*

**Expediente:** 18/09



**PERSONAS CUIDADORAS FORMALES Y FAMILIARES Y SALUD.**

Directora: María del Pilar Sánchez López

Diez, Raquel	tabaco y alcohol en universitarios/as españoles/as.	XV Conferéncia Internacional Avaliação Psicológica: Formas e contextos Internacional. Lisboa, Portugal		
Colodro Conde, Lucia ; Limiñana Gras, Rosa; Odoñana Martin, Juan Ramon; Sanchez- Lopez, M.P.	Estilos de personalidad y establecimiento de la lactancia materna.	VI CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA Nacional. Avila, España	C	2011
Sanchez-Lopez, M.P.; Cuellar Flores, Isabel	Conformity to masculine norms and psychological wel-being.	2011 AMERICAN MEN'S STUDIES ASSOCIATION CONFERENCE Internacional. Kansas City, Missouri, USA	P	2011
Bravete, Andreea Catalina; Sanchez-Lopez, M.P.; Rivas Diez, Raquel	Mental health in romanian women living in Spain.	4th World Congress on Women¿s Mental Health Internacional. Madrid, España	P	2011
Sanchez-Lopez, M.P.; Cuellar Flores, Isabel; Dresch, V.	Conformity to gender norms and mental health in spanish university students.	4th World Congress on Women¿s Mental Health Internacional. Madrid, España	C	2011
Fernández Valdés, Paloma Dirección: Sánchez-López, M. P.	Rasgos clínicos de personalidad en personas con enfermedad de parkinson y cáncer de mama y conformidad con las normas de género.	Master Mujeres y Salud, UCM	T Trabajo fin de master	2012 CALIFICACIÓN: SOBRESALIENTE
Muñoz Cisneros, Julie Dirección: Sánchez-López, M. P	Normas de género y ajuste psicológico en mujeres mexicanas.	Master Mujeres y Salud, UCM	T Trabajo fin de master	2012 CALIFICACIÓN: MATRICULA DE HONOR
Li Yamin		Master Mujeres y Salud, UCM	T Trabajo fin de master	CALIFICACIÓN: SOBRESALIENTE
M. Esperanza Manso Martínez Directora: M. Pilar Sánchez- López	Relaciones entre personalidad, género y salud en cuidadoras/es informales de zona rural desde un modelo biopsicosocial.	Master Mujeres y Salud, UCM	T	2012 Calificación: SOBRESALIENTE CUM LAUDE
Fátima Sánchez Beleña Directora: M. Pilar Sánchez- López; Co-Director: Juan Francisco Díaz-Morales	Análisis de las variables relacionadas con el sobrentrenamiento y la salud de las bailarinas.	Master Mujeres y Salud, UCM	T	2011 Calificación: SOBRESALIENTE CUM LAUDE
Dresch, V. & Alchieri, J.C.	La evaluación integrada de la personalidad desde el modelo de Theodore Millon.	Título: Avaliação Psicológica Ciudad: Natal Editorial del libro: EDUFRN Fecha: 2012	CL	Aceptado para su publicación
Cuellar-Flores, I., Sánchez- López, M.P. Y Dresch, V.	The impact of gender roles on health.	Revista: Women & Health Volumen: 52 Páginas, inicial: 182 final: 196 Fecha: 2012 Índice impacto (JCR): 0,81	A	Publicado

Proyecto de investigación financiado por el Instituto de la Mujer. *Resolución 3 de noviembre de 2009, del Instituto de la Mujer (BOE 6 de noviembre).*  
**Expediente:** 18/09

Cuellar-Flores, I., Sánchez-López, M.P. Y Dresch, V.	El Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI) en la población española.	Revista: Anales de Psicología Volumen: 27(1) Páginas, inicial: 170 final: 178 Fecha: 2011 Índice impacto (JCR): 1,33	A	Publicado
Sánchez-López, M.P., Cuellar-Flores, I. & Dresch, V.	Conformity to gender norms and mental health in Spanish University students.	Annals of the 4th World Congress on Women's Mental Health, Madrid, España. Internacional. Fecha: 2011	P	Publicado
Duarte, P.N., Terra, F., Dresch, V., Aleixo, A.L. & Ribeiro, C.	Evidências de precisão e validade do MBMD (Millon Behavior Medicine Diagnostic) na população Fluminense.	Anais da Semana de Iniciação Científica da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil. Regional. Fecha: 2012	C	Publicado
Silva, R.A.G., Portella, M.G.R., & Dresch, V.	Evidências de precisão e validade do CFNI (Conformity to Female Norms Inventory) e do CMNI (Conformity to Maculine Norms Inventory) na população Fluminense.	Anais da Semana de Iniciação Científica da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil. Regional. Fecha: 2012	C	Publicado
Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M., Y Cerezo, M. V. (2011)	Personalidad y síndromes clínicos: Un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española.	Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Volumen: 16, nº 1 Páginas, inicial: 49 final: 59	A	Publicado
Madrigal, L., Cardenal, V., Téllez, T. Ortiz-Tallo, M. Y Jiménez, E (2012)	Cambios emocionales y alteraciones en la inmunoglobulina a (iga) tras el tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia doméstica.	Anales de Psicología Volumen 28 nº 2 páginas, inicial: 397 final: 404	A	Publicado
M. Ovejero Y V. Cardenal. (2011)	Character strengths with gender perspective. A study with a Spanish sample.	Lugar: Philadelphia, EEUU Fecha: July, 23-26, 2011. Congreso: Second World Congress on Positive Psychology. Entidad organizadora: International Positive Psychology Association (IPPA). Carácter: Internacional.	P	Publicado
M. V. Cerezo, M. Ortiz-Tallo Y V. Cardenal (2012)	Intervención grupal en pacientes con cáncer de mama basada en la psicología positiva.	Lugar: Madrid, España. Fecha: 15 a 17 de marzo de 2012. Congreso: I Congreso Nacional de Psicología Positiva. Entidad organizadora: Sociedad Española de Psicología Positiva. Carácter: Nacional.	C	Publicado
P. Santamaría, M. Ortiz-Tallo, V. Cardenal Y M.P. Sánchez (2012)	Evaluación clínica de la personalidad con la ADAPTACIÓN española del PAI.	Lugar: Santander, España. Fecha: 26 a 28 de abril de 2012. Congreso: V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Entidad organizadora: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Carácter: Internacional	C	Publicado
A. Fusté, J. Ruiz, P. Santamaría, V. Cardenal Y M.P. Sánchez (2012)	Análisis de la convergencia entre los síndromes clínicos y los trastornos de personalidad evaluados con el MCMI-III Y EL MMPI-2-RF.	Lugar: Zaragoza, España. Fecha: 20 a 22 de junio de 2012. Congreso: IX Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad	P	Publicado

		Entidad organizadora: Asociación Española de Trastornos de Personalidad Carácter: Nacional		
Doctoranda: M <sup>a</sup> Victoria Cerezo Guzmán Directora: Margarita Ortiz-Tallo. Codirectora: Violeta Cardenal Hernáez. (2011)	Evaluación e intervención psicológicas en mujeres con cáncer de mama: variables de personalidad, expresión de emociones y bienestar.	Universidad: de MÁLAGA Facultad: PSICOLOGÍA	T	TESIS LEÍDA
Autora: Inmaculada Sánchez-Migallón Directora: Violeta Cardenal Hernáez (2011)	Perfil afectivo, fortalezas y bienestar e mujeres con fibromialgia.	Universidad: COMPLUTENSE DE MADRID Facultad: PSICOLOGÍA	TFM	Leído
Aparicio García, M.E., Sanz-Blasco, R. Y Ramos Cejudo, J. (2011).	Relaciones entre masculinidad y conductas de salud en estudiantes universitarios españoles	Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica, 31 (1), 59-71	A	Publicado
Aparicio García, M.E., Ramos-Cejudo, J., Salguero, J.M., Sanz-Blasco, R. (2011)	Anxiety and self-rated health as predictor variables of medial attention in Spain population.	Ansiedad y Estrés, 17 (2), 59-71	A	Publicado
Aparicio García, M.E., Calzona, I., Colomer Antón, L. Peña Cayetano, L. Y Peña Guerra, A. (2011)	Diferencias de género en la ansiedad.	III Jornadas Emociones y Bienestar	P	Presentado
Hurtado De Mendoza, C., Martín, J. Aparicio García, M.E. Y Luceño, M.L. (2011)	Ansiedad y estrés en la mujer trabajadora. Diferencias y relaciones con otros factores.	III International Congress on Emotional Intelligence	P	Presentado
Hurtado De Mendoza, C., Martín, J. Aparicio García, M.E. Y Luceño, M.L. (2011)	Trabajadores estresados-no estresados. Diferencias en la percepción del trabajo, ansiedad y otras variables.	III International Congress on Emotional Intelligence	P	Presentado
Aparicio García, M.E.	Ansiedad y género en trabajadores y trabajadoras de la Comunidad de Madrid.	III Jornadas Emociones y Bienestar	C	Presentado
Hurtado De Mendoza, C., Martín, J., Luceño, L. Y Aparicio García, M.E. (2011).	Demandas cognitivas en el trabajo. Diferencias según sexo, empresa y otras variables.	III Jornadas Emociones y Bienestar	P	Presentado
Hurtado De Mendoza, C., Martín, J., Luceño, L. Y Aparicio García, M.E. (2011)	Ansiedad y estrés en la mujer trabajadora. Diferencias y relaciones con otros factores.	III Jornadas Emociones y Bienestar	P	Presentado
Hurtado De Mendoza, C., Martín, J., Luceño, L. Y Aparicio	Trabajadores estresados/no estresados. Diferencias en la percepción del trabajo, ansiedad y otras variables.	III Jornadas Emociones y Bienestar	P	Presentado

**PERSONAS CUIDADORAS FORMALES Y FAMILIARES Y SALUD.**

Directora: María del Pilar Sánchez López

García, M.E. (2011)				
Hurtado De Mendoza, C., Martín- García, J., Aparicio García, M.E. Y Luceño-Moreno, L. (2012)	Trabajadores estresados/no estresados. Diferencias en la percepción del trabajo, ansiedad y otras variables.	V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica de la Asociación Española de Psicología Conductual.	P	Presentado
Hurtado De Mendoza, C., Martín- García, J., Aparicio García, M.E. Y Luceño-Moreno, L. (2012)	Ansiedad y estrés en la mujer trabajadora. Diferencias y relaciones con otros factores	V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica de la Asociación Española de Psicología Conductual.	P	Presentado
Anastasiadou, D., Aparicio García, M.E., Sepúlveda, A.R. Y Sánchez-Beleña, F. (2012)	Conductas alimentarias inadecuadas y conformidad con los roles femeninos en mujeres estudiantes de danza y estudiantes universitarias.	V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica de la Asociación Española de Psicología Conductual.	P	Presentado
Díez Triviño, A. Y Aparicio García, M.E. (2011)	Relaciones entre el nivel de ingresos y feminidad	Trabajo Fin de Master. Mujeres y Salud	T	Presentado
Negrete, J. Y Aparicio García, M.E. (2012)	Personalidad y roles de género	Trabajo Fin de Master. Mujeres y Salud	T	Presentado
Giménez Páez, M. Y Aparicio García, M.E. (2012)	La conformidad con los roles de género en las manifestaciones emocionales de ansiedad, ira y depresión: una aproximación empírica en población general.	Trabajo Fin de Master. Mujeres y Salud	T	Presentado
Macuare Richard, M.C. Y Aparicio García, M.E. (2012)	Los trastornos de la conducta alimentaria y la conformidad con las normas de género femeninas.	Trabajo Fin de Master. Mujeres y Salud	T	Presentado
Ceres Barriando Ortillés ; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Elisa Miranda Camarero; Ángel Bes Franco; Antonio Gómez Peligros - 2011	Tacrolimus, psoriasis y calidad de vida.	7ª Reunión del Grupo Español de Dermatología y Psiquiatría (GEDP). Zaragoza. 19 de marzo de 2011. Nacional	P	Presentado
Cristina Montesa Lou; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Marisa Catalán Ladrón; Carlos David Albendea Calleja; José Luis Gascón Brumos - 2011	Sintomatología ansiosa y/o depresiva en el enfermo dermatológico.	7ª Reunión del Grupo Español de Dermatología y Psiquiatría (GEDP). Zaragoza. 19 de marzo de 2011. Nacional	P	Presentado
Sandra Vanessa Girón Estrada; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Isabel Barnola Petit. Margarita Navarro Lucía; Tamara Gracia Cazaña - 2011	Eficacia de una intervención psicológica en formato grupal en el control de los pacientes con psoriasis.	7ª Reunión del Grupo Español de Dermatología y Psiquiatría (GEDP). Zaragoza. 19 de marzo de 2011. Nacional	P	Presentado
Lourdes Estévez Tudela;	PsicoDermatología en Aragón.	7ª Reunión del Grupo Español de Dermatología y Psiquiatría (GEDP).	P	Presentado

Proyecto de investigación financiado por el Instituto de la Mujer. *Resolución 3 de noviembre de 2009, del Instituto de la Mujer (BOE 6 de noviembre).*  
**Expediente:** 18/09

Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Ángel Bes Franco; María Jesús Garcés Moreno; Sara Causape Gracia - 2011		Zaragoza. 19 de marzo de 2011. Nacional		
Carlos Aspas Lartiga; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; María Luisa Catalán Ladrón. Martha Urdaz Hernández; Francisco José Aganzo López - 2011	Control del estado de ánimo en el enfermo dermatológico.	7ª Reunión del Grupo Español de Dermatología y Psiquiatría (GEDP). Zaragoza. 19 de marzo de 2011. Nacional	P	Presentado
Martha Urdaz Hernández; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Carlos Aspas lartiga; Omar Daoud; Francisco José Aganzo López - 2011	Calidad de vida y neuralgia post-herpética.	7ª Reunión del Grupo Español de Dermatología y Psiquiatría (GEDP). Zaragoza. 19 de marzo de 2011. Nacional	P	Presentado
S.E. Marrón, L. Tomas-Aragones - 2011	Estudio de validación de un cuestionario para valorar el grado de estigmatización de los pacientes con psoriasis en población española.	Proyecto: SCI-SPAI-2011-02 Entidad Financiadora: Abbott Laboratories Autorizado por: Comisión de Investigación y por el CEIC de Aragón. Inicio del estudio: Marzo 2011 Finalización: continua Estudio MULTICENTRICO - Nacional	T	
L. Tomas-Aragones - 2011	La comunicación con el paciente de dermatología psiquiátrica: 1. Como dar malas noticias. El paciente.	39 Congreso Nacional de Dermatología y Venereología AEDV Santiago de Compostela 11 de junio de 2011 - Nacional	S	
L. Tomas-Aragones, S.E. Marrón - 2011	Evaluation of a Psychological Group Intervention for Patients with Moderate and Severe Psoriasisat Neurobiology of the Skin Symposium.	41th Annual ESDR meeting European Society for Dermatological Research Barcelona 8 septiembre de 2011 - Internacional	S	
L. Tomas-Aragones, S.E. Marrón - 2011	Psychosomatic factors when there is no dermatological disease: Self-inflicted lesions.	20th Europe Academy for Dermatology and Venereology Congress Lisbon 20-24 de octubre de 2011 - Internacional	S	
Santiago Boira, Yolanda López, Lucía Tomás Aragonés, Ana Rosa Gaspar, José Crespo - 2011	Intervención psicológica con hombres condenados por un delito de violencia de género, formato de tratamiento.	IX Congreso Nacional de Psicología Clínica San Sebastián 8 de julio de 2011 - Nacional	S	
Lucía Tomás Aragonés, Ana Rosa Gaspar - 2011	Intervención psicológica grupal e individual en mujeres víctimas de violencia de género; Aspectos diferenciales.	IX Congreso Nacional de Psicología Clínica San Sebastián 8 de julio de 2011 - Nacional	S	
S.E. Marrón, L. Tomas-Aragones - 2011	A european multicenter study on depression, anxiety, quality of life and attachment among adult patients with common skin disorders..	Proyecto: ESDaP MSC-250911 Entidad Financiadora: European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP) Autorizado por: Comisión de Docencia y CEIC de Aragón. Inicio del estudio: diciembre de 2011 Finalización: continua hasta diciembre 2012	T	

Proyecto de investigación financiado por el Instituto de la Mujer. *Resolución 3 de noviembre de 2009, del Instituto de la Mujer (BOE 6 de noviembre).*  
**Expediente:** 18/09

		Estudio MULTICENTRICO EUROPEO - Internacional		
S.E. Marrón, L. Tomas-Aragones - 2011	Estudio de la utilidad de una intervención psicológica en formato grupal en el control de los pacientes con psoriasis.	Proyecto: V.3.0-281111 Entidad Financiadora: Servicio Aragones de Salud Autorizado por: Comisión de Docencia y CEIC de Aragón. Inicio del estudio: diciembre 2011 Finalización: continua hasta diciembre 2014 Estudio NACIONAL	T	
S.E. Marrón, L. Tomas-Aragones, I. Forcada Bagant – 2011	Estudio sobre obesidad y los factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con psoriasis en tratamiento sistémico.	Proyecto: MSD-PSO-2011-01 Entidad Financiadora: Merck Sharp & Dohme de España S.A. Autorizado por: Comisión de Docencia y CEIC de Aragón. Inicio del estudio: diciembre 2011 Finalización: continua hasta diciembre 2012 Estudio MULTICENTRICO Nacional	T	
L. Tomas-Aragones, S.E. Marrón -2011	Multidisciplinary approach in Psychodermatology: Case reports.	XIV EACLPP . Annual Scientific Meeting European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics Budapest. 30 de junio -2 julio 2011. Internacional.	S	
L. Tomás-Aragones - 2011	Afectación psicológica de la psoriasis.	II Reunión multidisciplinar sobre las complicaciones y comorbilidades del paciente con psoriasis Valencia 22 de junio de 2011 - Nacional	S	
S.E. Marrón, L. Tomas-Aragones - 2011	Evaluación de una intervención psicológica en formato de "Grupo PsicoEducativo" en pacientes con psoriasis moderada-grave en placas.	III Simposio Nacional de Psoriasis (INNOVARA) Zaragoza, 7-8 de octubre de 2011 - Nacional	P	
C.D. Albendea, S.E. Marrón, L. Tomas-Aragones, M. González, M. Urdaz - 2011	Calidad de vida e impacto psico-social en pacientes con psoriasis tratados con betametasona + calcipotriol.	III Simposio Nacional de Psoriasis (INNOVARA) Zaragoza, 7-8 de octubre de 2012 - Nacional	P	Presentado
Santiago Boira, Lucia Tomas-Aragones – 2011	Características psicológicas y motivación para el cambio en hombres condenados por violencia contra la pareja.	International Journal of Psychological Research 2011;4 (2):48-56 ISSN 2011-2084	A	Publicado
S.E. Marrón, L. Tomas-Aragones – 2012	Optimising outpatient care mild to moderate psoriasis by a newly developed "Topical Treatment Optimising Programme" – an international study using Daivobet®/Dovobet® Gel ("PSO-TOP").	Proyecto: EudraCT:2011-001679-26 Entidad Financiadora: Prof. Reich Autorizado por: Comisión de Docencia y CEIC de Aragón. Inicio del estudio: enero de 2012 Finalización: continua hasta diciembre 2014 Estudio ENSAYO CLINICO MULTICENTRICO EUROPEO - Internacional	T	
Servando E. Marrón, L. Tomás-Aragones - 2012	Intervención psicológica en formato grupal en el control de los pacientes con psoriasis.	40 Congreso Nacional de Dermatología y Venereología AEDV Oviedo 6-9 de junio de 2012 - Nacional	S	
S.E. Marrón, L. Tomas-Aragones, A. Sanz-Almale, T. Gracia-Cazaña - 2012	Estudio de fase 3 para evaluar la eficacia y la seguridad de las pautas de inducción y mantenimiento de brodalumab en comparación con placebo y ustekinumab en sujetos con psoriasis en placas de moderado a grave: AMAGINE-2.	Proyecto: EudraCT:2012-000656-34 Entidad Financiadora: AMGEN S.A. Autorizado por: CEIC de referencia Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y del CEIC de Aragón.	T	

		Inicio del estudio: Septiembre de 2012 Finalización: continua hasta diciembre 2017 Estudio ENSAYO CLINICO MULTICENTRICO Internacional (EEUU – CANADA – EUROPA)		
Santiago Boira, Yolanda López, Lucía Tomás-Aragones, Ana Rosa Gaspar - 2012	Intervención psicológica en la comunidad en hombres condenados por violencia de género.	Anales de Psicología ISSN 0212-9728 JRC (FI: 1.338 en 2010)	A	Aceptado para su publicación
Tomas-Aragones, L, Marrón SE. - 2012	Body dysmorphic disorder in adolescents.	In: Pediatric Psychodermatology A Clinical Manual of Child and Adolescent Psychocutaneous Disorders. ED. Tarean RS, Greydanus DE, Jefferany M, Patel DR, Merrick J .ISBN: 978-3-11-027387-8	CL	Publicado
F.J. Aganzo-López, J.M. Grima-Barbero, S.E. Marrón-Moya, L. Tomas-Aragones - 2012	Correlación clínico-patológica en cirugía menor en un área de salud rural.	SEMERGEN ISSN: 1138-3593 JRC	A	Aceptado para su publicación
Servando E. Marrón, Lucía Tomas-Aragones - 2012	Biopsychosocial impact in psoriasis patients treated with two different dosage schedules of subcutaneous methotrexate.	21th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) Prague. 27-30 septiembre 2012 - Internacional	S	
Lucía Tomas-Aragones, Servando E. Marrón - 2012	The Difficult patient.	21th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) Prague. 27-30 septiembre 2012 - Internacional	S	
S.E. Marrón, L. Tomas-Aragones, M.J. Cardoso Moreno, T. Gracia Cazaña, A. Almale Sanz	Impacto Bio-Psico-Social en pacientes tratados con dos diferentes esquemas terapéuticos de metotrexato subcutáneo.	IV Simposio Nacional de Psoriasis (INNOVARA) Malaga, 19-20 de octubre de 2012 - Nacional	P	Presentado
Sánchez Beleña, F. (2011).	Análisis de las variables relacionadas con el sobreentrenamiento y la salud de las bailarinas.	Tesis doctoral bajo la dirección de Mª Pilar Sánchez López y Juan Francisco Diaz Morales, Universidad Complutense de Madrid, Abril 2011. Calificación Sobresaliente Cum Laude.	T	Tesis doctoral leída
Sánchez-Beleña, F., Nieto-Márquez Darder, M. y Díaz-Morales, J.F. (2011).	Sobreentrenamiento en bailarinas: análisis del perfil del estado de ánimo.	Jornadas Emociones y Bienestar y XVIII Reunión Anual de la SEAS, Madrid, Octubre 2011.	P	Presentado
Nieto-Márquez Darder, M., Sánchez-Beleña, F., Gómez Barroso, T. y Díaz-Morales J.F. (2011).	Sobreentrenamiento en músicos/as: ansiedad y bienestar subjetivo.	Jornadas Emociones y Bienestar y XVIII Reunión Anual de la SEAS, Madrid, Octubre 2011.	P	Presentado
Anastasiadou, D., Aparicio, M., Sepúlveda, A. R. y Sánchez-Beleña, F. (2011).	Conductas alimentarias inadecuadas y conformidad con los roles femeninos y masculinos en mujeres estudiantes de danza y universitarias.	V CONGRESO INTERNACIONAL Y X NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA. Santander. Abril 2012.	P	Presentado
Sánchez Beleña, F (2012)	Sobreentrenamiento en bailarinas: análisis del perfil del	IX Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio	C	Presentado

Proyecto de investigación financiado por el Instituto de la Mujer. *Resolución 3 de noviembre de 2009, del Instituto de la Mujer (BOE 6 de noviembre).*

**Expediente:** 18/09

	estado de ánimo.	de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Valencia, Septiembre 2012.		
Sánchez Beleña, F Anastasiadou, D., Aparicio, M., Sepúlveda, A. R. y Sánchez- Beleña, F. (2012).	Perspectiva de género en los trastornos alimentarios: relación entre feminidad y conductas alimentarias inadecuadas en mujeres estudiantes.	IX Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Valencia, Septiembre 2012.	C	Presentado
M <sup>a</sup> Ángeles Fernández Díaz, Juan Luis González Pascual y M <sup>a</sup> Esperanza Manso Martínez	Trabajo colaborativo con FEAPS- Madrid en el ámbito de la asignatura Habilidades para Comunicar y Educar en Salud.	IX Jornadas Internacionales de Innovación Universitaria. Universidad Europea de Madrid. 13 de Julio 2012. Madrid.	C	Presentado
Juan Luis González Pascual, M <sup>a</sup> Ángeles Fernández Díaz y M <sup>a</sup> Esperanza Manso Martínez	El sistema de evaluación cómo instrumento docente en el desarrollo de la capacidad crítica y autocrítica.	Revista e-ducare21, v10, n <sup>o</sup> 6 (junio 2012). ISSN 1696-8204.	A	
M <sup>a</sup> Ángeles Raquejo Grado y M <sup>a</sup> Esperanza Manso Martínez	Cribado y detección de violencia de género en los Centros de Salud del Área de Segovia.	IV Jornadas nacionales sobre Prevención y Atención a la Violencia de Género. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid. 14,15 y 16 de Noviembre 2011.	C	Presentado
Colodro-Conde, L., Limiñana- Gras, R. M., Sánchez-López, M. P., Ordoñana, J. R., De Andrés Jiménez, E., Ortuño Campillo, T. (2012)	Personalidad y género en el establecimiento de la lactancia: un estudio en el contexto de la Educación Maternal.	II Jornada de la Asociación Iberoamericana para la Investigación de las Diferencias Individuales (AIIDI). Murcia (Spain), 2012. *Jornada internacional - Abstract publicado en: Líneas actuales en la investigación de las diferencias individuales, la inteligencia y la personalidad. Libro de Actas de la II Jornada de la Asociación Iberoamericana para la Investigación de las Diferencias Individuales, pp. 126-127. Murcia, Diego Marín. 2012.	P	Presentado
Corbalán Berná, F. J., Limiñana Gras, R. M., Ródenas Ríos, M., Colodro Conde, L., De Andrés Jiménez, E., Martín-Brufau, R., García Peñas, V., Martínez Hernández, B., Patró Hernández, R. (2012)	Perfiles de salud y conducta de asistencia al cine.	II Jornada de la Asociación Iberoamericana para la Investigación de las Diferencias Individuales (AIIDI). Murcia (Spain), 2012. *Jornada internacional - Abstract publicado en: Líneas actuales en la investigación de las diferencias individuales, la inteligencia y la personalidad. Libro de Actas de la II Jornada de la Asociación Iberoamericana para la Investigación de las Diferencias Individuales, pp. 128-129. Murcia, Diego Marín. 2012.	P	Presentado
Colodro-Conde, L.; JF. Sánchez- Romera, JF; Ordoñana, JR.	Heritability of initiation and duration of breastfeeding behaviour.	<i>Twin Research and Human Genetics</i> * índice de impacto JCR: 1.701	A	Aceptado para su publicación
Juan R. Ordoñana, JR; Rebollo- Mesa, I; Carrillo, E; Colodro- Conde, L; García-Palomo, FJ; González-Javier, F; Sánchez- Romera, JF; Aznar Oviedo, JM; de Pancorbo, MM; Pérez-	The Murcia Twin Registry: A Population-Based Registry of Adult Multiples in Spain.	<i>Twin Research and Human Genetics.</i> * índice de impacto JCR: 1.701	A	Aceptado para su publicación



Riquelme, F.				
Colodro Conde, L; Sánchez Romera, JF; Tomero Gómez, MJ; Pérez Riquelme, F; Ordoñana, JR. (2011).	Relationship between level of education and breastfeeding duration depends on social context: Breastfeeding trends over a 40-year period in Spain.	<i>Journal of Human Lactation</i> , 27. 272-278. *índice de impacto JCR: 1.150	A	Publicado
Illescas MJ; Aznar JM; Cardoso S; López-Oceja A; Gamarra D; Sánchez-Romera JF; Colodro L; Ordoñana JR; de Pancorbo MM. (2011).	Genetic diversity of 10 X-STR markers in a sample population from the region of Murcia in Spain.	<i>Forensic Science International: Genetics Supplement Series, Volume 3, Issue 1</i> , 437-438. *índice de impacto JCR: 2.301	A	Publicado
Tomero Gómez, MJ; Sánchez Romera, JF; Colodro Conde, L; Ordoñana, JR. (2011).	Evolución de los partos múltiples en la Región de Murcia desde 1996 hasta 2008: Implicaciones psicosociales.	<i>Enfermería Global</i> , Vol. 21, 1-13. *índice de impacto Scielo: 0.060	A	Publicado
Sprekelsen Rodríguez, M.C.; Limiñana Gras, R. M.; Corbalán Berná, F. J.; Capitán Guarnizo, A. y Spekelsen Gassó, C. (2011)	Dimensiones motivacionales de los pacientes con disfonía funcional.	XVII Congreso Nacional de la Sociedad Médica Española de Foniatria.	C	Presentado

<sup>1</sup> CL= Capítulo de libro, A= Artículo, P=Póster científico, C=Comunicación oral, L=Libro, M= Resumen de comunicación, T = Trabajo de investigación (tesina, tesis doctoral, trabajo de fin de máster)

<sup>2</sup> Incluir nombre y referencia completa de la revista, título del libro o nombre del congreso o jornada

## **Consentimiento informado escrito**

Estimado señor o señora:

Desde este centro y en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Murcia, estamos realizando un estudio con objeto de conocer mejor las características de las personas cuidadoras, así como su estado de salud.

Su participación es voluntaria. Si decide participar se le pedirá que cumplimente una serie de preguntas por escrito. Los datos que usted aporte son confidenciales, su nombre no aparecerá en ningún momento relacionado con sus datos.

También se le ofrecerá participar en un programa de salud para personas cuidadoras con el objeto de mejorar las dificultades con las que los cuidadores se encuentran.

En cualquier fase del proceso usted podrá decidir no continuar. De modo que puede cumplimentar las preguntas y no participar en el programa de salud si usted no lo desea. Asimismo, en caso de que usted lo solicite se le proporcionarán sus propios resultados.

Si decide no participar, le agradecemos igualmente el tiempo que nos ha dedicado y no tendrá ninguna repercusión sobre usted.

Si tiene alguna duda o comentario puede consultarla con la persona que le ha proporcionado esta carta.

HE LEÍDO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DESEO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

.....  
Firmado. Nombre y Apellidos:

Teléfonos de contacto:

Centro de referencia:

CÓDIGO:

**FICHA DE PARTICIPANTES**

CÓDIGO (3 dígitos)	NOMBRE Y APELLIDOS	TELÉFONO S	EVALUACIÓN PRE		MODALIDAD DE CURSO DE ATENCIÓN A CUIDADORES			EVALUAC. POS (fecha)	
			fecha	Devuelve protocolo (si/no)	GRUPAL	INDIVIDUAL	NO QUIERE	Fecha pro- puesta	Devuelv e protocol o (si/no)

### **GUÍA PARA LA INVESTIGACIÓN**

#### PROYECTO DE INVESTIGACIÓN "CUIDADORES FORMALES Y FAMILIARES Y SALUD" (CUFFASA). UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

La aplicación y desarrollo del proyecto tendrá que ser adaptado en función de los centros donde se lleve a cabo y en función de los y las investigadores/as. No obstante es esencial garantizar la equivalencia entre aplicaciones, por lo que hemos diseñado una guía con los pasos y la forma de presentar la investigación.

Los requisitos mínimos de cada fase se exponen a continuación:

##### 1. Planificar las entrevistas

- La evaluación pre suele durar 1h y 30 min. (depende también de la capacidad cognitiva de las personas que lo rellenen), puede ser una buena idea entregar el cuadernillo y acordar una fecha para entregarlo (aunque esto tiene el riesgo de "perderlos" y dependerá también de la proximidad de las citas), o, mucho mejor, realizarlo en forma de entrevista en los centros o en sus propios domicilios.
- La aplicación puede variar, siempre y cuando se cumpla:
  - las personas cuidadoras den su consentimiento informado y se garantice la protección de datos
  - las respuestas sean válidas (sepan rellenarlo y comprendan las instrucciones)
  - el cuadernillo esté completo
- Con respecto al protocolo de evaluación los cuestionarios CFNI y CMNI son específicos para mujeres y hombres, respectivamente, así que no hay que pasar los dos, sino el que corresponda.
- La información recogida deberá introducirse en la base de datos
- Es fundamental asegurarse de que a CADA PERSONA CUIDADORA le corresponda una clave ÚNICA e INSTRANSFERIBLE. Para ello puede ser importante anotar la clave antes de realizar la evaluación tanto en el protocolo, como en la ficha de participantes.
- DOCUMENTOS NECESARIOS:
  - Guía para la persona aplicadora
  - Protocolo de evaluación
  - Consentimiento informado
  - Ficha de participantes
  - Base de datos + instrucciones de la base de datos

##### 2. Planificar y realizar los programas de intervención

- Hay dos programas de intervención que deberán realizarse de forma simultánea en el tiempo, para controlar el efecto de variables extrañas. Es decir, tanto la intervención grupal como la de contacto terapéutico reducido deberán realizarse al mismo tiempo.
- La evaluación pos se realizará el último día de los dos grupos de intervención.

Directora: María del Pilar Sánchez López

- Antes de empezar los programas de intervención se deberán llamar por teléfono a todas las personas interesadas para indicarles y recordarles el día de comienzo, el lugar y la hora.
- DOCUMENTOS NECESARIOS:
  - Guía para la persona aplicadora
  - Anexos
  - Cuadernillo del programa de contacto terapéutico reducido
  - Archivo de audio de la relajación

3. Planificar y realizar la pos-evaluación inmediata y 6 meses después y las re-evaluaciones

- Se realizarán dos pos-evaluaciones: inmediata (el último día de cada programa de intervención) y 6 meses después. Para realizar la de 6 meses después se deberá llamar por teléfono a los cuidadores participantes para recordarles el lugar y la fecha.
- La pos-evaluación inmediata y 6 meses después y las re-evaluaciones inmediata y 6 meses después tienen que ser coincidentes en el tiempo, para equiparar los grupos de intervención y el grupo control en esta variable. Es decir, tanto los cuidadores que participen en el programa de intervención como los que no lo hagan deben ser re-evaluados más o menos en el mismo periodo.
- Las evaluaciones pos y las re-evaluaciones pueden hacerse de forma individual o en grupo.
- Es fundamental asegurarse de que TODOS los protocolos de evaluación (pre, pos y de seguimiento) tengan la misma clave, para que no haya confusiones al introducir los datos en la base de datos.
- DOCUMENTOS NECESARIOS:
  - Guía para la persona aplicadora
  - Protocolo de evaluación pos
  - Base de datos
  - Ficha de participantes

CLAVES E IDENTIFICACIÓN DE CADA PERSONA CUIDADORA

Cada persona cuidadora participante será identificada por:

- una clave (tres dígitos y una letra, correspondiente al tipo de cuidador familiar que corresponda)
- centro de referencia

En función de si se estudiarán a cuidadores formales (remunerados) o familiares (en cada centro se recogerá información de uno sólo de estos tipos de cuidado) se tendrán protocolos de evaluación diferentes, programas de intervención diferentes y bases de datos diferentes.

Proyecto de investigación financiado por el Instituto de la Mujer. *Resolución 3 de noviembre de 2009, del Instituto de la Mujer (BOE 6 de noviembre).*

**Expediente:** 18/09

## **PLAN PARA LA INVESTIGACIÓN “CUIDADORES FORMALES E INFORMALES Y SALUD”. Universidad Complutense de Madrid y Universidad de Murcia**

### **OBJETIVOS GENERALES**

1. Estudiar la salud de las personas cuidadoras familiares y los factores que influyen sobre su salud
2. Mejorar la salud y el bienestar de las personas cuidadoras familiares mediante la intervención psicoeducativa

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.1. Entrevistar y aplicar cuestionarios a personas cuidadoras de personas dependientes
- 1.2. Analizar los resultados de este grupo
- 2.1. Ofrecer a las personas cuidadoras la posibilidad de realizar una de las dos modalidades de intervención posibles (ver más abajo) para mejorar la salud y el bienestar de las personas cuidadoras de personas dependientes
- 2.2. Aplicar parte de los cuestionarios previamente utilizados en la evaluación inicial para comprobar el efecto de la intervención

### **PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO**

1. Aplicación de cuestionarios (evaluación pre-intervención)

\* puede ser de forma individual, en grupo, o entregando el dossier para realizarlo en casa

#### **LISTADO DE CUESTIONARIOS A UTILIZAR**

- Cuestionario de Datos personales y demográficos
- Cuestionario de Datos familiares
- Cuestionario de Hábitos de salud
- Cuestionario de Estado de salud
- Cuestionario de Apoyo social funcional de Duke-UNC
- Satisfacción familiar, laboral y global
- GHQ-12
- Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit
- Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD)
- Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS)
- Índice de Barthel
- Inventario de conformidad con las normas femeninas (CFNI) y masculinas (CMNI) \*\*\* para mujeres y hombres respectivamente (NO PASAR AMBOS)

2. Intervención. Dos modalidades:

- a. Grupo psicoeducativo
- b. Contacto terapéutico reducido

3. Aplicación de cuestionarios (evaluación pos-intervención)

Re-evaluación inmediata/3 meses después

Re-evaluación 6 meses después

**Esquemas de cada modalidad de intervención**

**CONTACTO TERAPÉUTICO REDUCIDO**

Contenidos	Sesiones
Presentación	1
Contacto telefónico quincenal de seguimiento del entrenamiento	3
Cuestionarios	1

\* El contenido de esta modalidad sería el mismo que en la otra pero el material se daría por escrito

**GRUPO PSICOEDUCATIVO**

Contenidos	Sesiones
Presentación Introducción al modelo de Afrontamiento del estrés en el cuidado	1
Sentimientos conflictivos y compromiso con el propio cuidado	1
Reestructuración cognitiva I: relación situación-pensamiento-emoción	1
Actividades agradables	1
Reestructuración cognitiva II: distorsiones cognitivas	1
Duelo y reparación	1
Comunicación asertiva	1
Autoestima, despedida y Evaluación	1

**GARANTÍAS ÉTICAS**

- Se solicitará consentimiento informado por escrito
- Se garantizará la confidencialidad de los datos
- Programa autorizado por el comité ético responsable del Hospital Clínico San Carlos
- Será llevado a cabo por personal cualificado (psicólogos)

**CRONOGRAMA**

Contacto y entrevistas	Intervención				Evaluación de seguimiento
	- grupal				
	- contacto terapéutico reducido				

**Extracto del Programa psicoeducativo grupal para personas cuidadoras (familiares)**

**SESIÓN 4**

**ACTIVIDADES AGRADABLES**

**OBJETIVOS**

- Evaluar el trabajo entre sesiones
- Aprendizaje del papel de la conducta o comportamiento en nuestro funcionamiento emocional.
- Disminuir el nivel de activación fisiológica y utilizar la técnica de relajación.

**CONTENIDOS**

- Revisión y evaluación de las tareas para casa.
- Aprender la importancia del tiempo libre y las actividades agradables y cómo afectan a nuestro estado de ánimo.
- Relajación
- Tareas para casa.

 Documentos

- Listado de actividades agradables (doc. 12)
- Autorregistro de actividades agradables (doc. 13)
- Autorregistro de relajación (doc. 4)
- Balanza (doc. 11)
- Esquema para la relajación muscular progresiva (doc. 20)

**1. Revisión y evaluación de las tareas para casa.**

*“Buenas días/tardes a todos. Vamos a comenzar la sesión de hoy revisando las tareas que tenían que hacer esta semana”.*

**Relajación.**

*“Comenzaremos por la relajación”.*

**Registro de las tres columnas**

*Ahora vamos con la segunda tarea que tenían para hoy: registro de las tres columnas.*

**Pregunta al grupo.**

*¿Han encontrado difícil esta tarea? ¿Por qué? ¿Qué columna les ha resultado más difícil rellenar?*

**! Importante**

- Rellenar la Evaluación del desarrollo del programa: anotar las personas que asisten a la sesión y si han realizado las tareas para casa

**2. Explicación del modelo cognitivo (continuación).**

*La semana pasada estuvimos hablando de qué era lo más importante, el primer paso, para que los cuidadores aprendan a cuidar mejor de sí mismos.*

**Pregunta al grupo.**



Directora: María del Pilar Sánchez López

*¿Alguno de ustedes recuerda cuál era ese primer paso fundamental?*

**Pregunta al grupo.**

*¿Alguien recuerda algún ejemplo de los que vimos?*

*Hemos visto cómo nuestros pensamientos y las personas influyen mucho en cómo nos sentimos, las situaciones generan pensamientos en el día a día.*

Poner un ejemplo sobre el tipo de problemas más frecuentes en este tipo de cuidadores

**Pregunta al grupo.**

*¿Les ha servido el ejercicio que tenían que realizar esta semana para comprobar cómo sus pensamientos influyen en sus sentimientos?*

**! Importante**

En este punto, es muy probable que no se hayan dado cuenta de esta influencia, puesto que hay muchas posibilidades de que no hayan sido capaces de identificar los pensamientos, o de que hayan confundido sentimientos con pensamientos.

El terapeuta comprueba si se producen errores de confusión entre pensamiento y emoción en los registros de los participantes.

*Es normal tener dificultades, ya que los pensamientos surgen de forma espontánea y son tan rápidos que apenas somos conscientes de que los tenemos. Son pensamientos automáticos. Nuestro objetivo es aprender a identificarlos, para poder diferenciar entre aquellos que nos provocan emociones positivas o nos hacen sentir bien y los que producen emociones negativas o nos hacen sentir mal. Es importante aprender a localizar los pensamientos que nos hacen sentir mal, ya que hay que cambiarlos.*

Continuar con las situaciones si no se terminaron la sesión anterior

**3. Importancia de las actividades agradables.**

*Otro de los aspectos fundamentales que influyen en cómo nos sentimos es*

*\* lo que hacemos*

*Como bien saben ustedes, ser cuidador/a exige mucho tiempo. Pero para cuidarse mejor es importante encontrar el tiempo para hacer aquellas actividades que les resultan placenteras. Esto es muy importante, ya que si todas las actividades que realizamos tienen que ver con el cuidado y con "obligaciones" (ir a trabajar, hacer las tareas de la casa, etc.) y no tenemos tiempo para nosotros mismos es posible que llegue un momento en que aparezcan sentimientos negativos de tensión, agotamiento, frustración...*

Entregar materiales

*Observen esta balanza, en uno de los lados escriban todas aquellas tareas que realizan a lo largo de un día y que consideran obligaciones (tanto de la situación de cuidado como del resto de áreas). Al otro lado de la balanza anoten actividades de ocio y tiempo libre que realizan.*

*Pregunta al grupo.*

*“¿Cómo está su balanza?”.*

*Podemos encontrarnos con tres situaciones diferentes: que la balanza se incline hacia el lado de las obligaciones, que se incline hacia el lado del tiempo libre o bien que esté equilibrada.*

*“Si su balanza se inclina hacia el lado de las obligaciones, esto significará que dedican poco tiempo a realizar actividades que les resulten placenteras, pudiendo aparecer sentimientos negativos”.*

*“Todas y cada una de las actividades que hacemos a lo largo del día nos afectan en un lado u otro de la balanza. Nuestro objetivo es que esta balanza esté en equilibrio para que nos sintamos mejor”.*

**Extracto del “Cuadernillo del programa de contacto terapéutico reducido”**

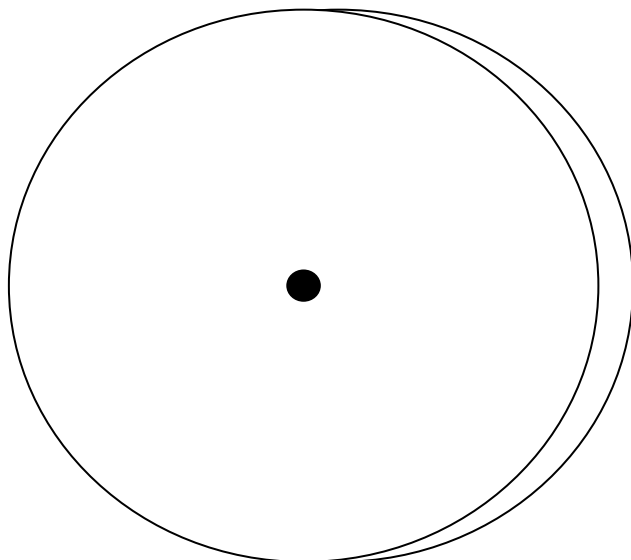
**SEMANA 7**

Fecha: \_\_\_\_\_

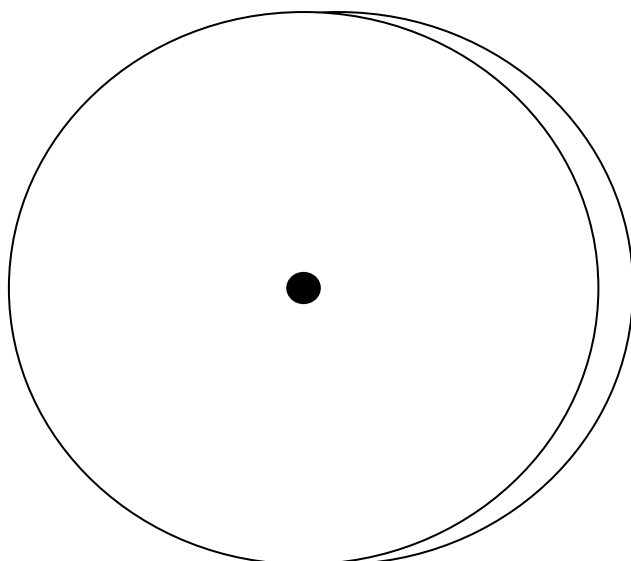
**☞ LAS TARTAS DEL CUIDADO**

Esta tarta representa todo el cuidado que dedicáis en vuestra familia a tu familiar. Divide esta tarta en trozos que representen la cantidad de cuidado y atención que cada miembro de tu familia le dedica a tu familiar enfermo, incluido tú. El tamaño de las porciones tiene que corresponder con el grado en el que esa persona colabora, si es la que más cuida tendrá el trozo más grande, la que menos cuide tendrá un trocito más pequeño.

¿Cómo se reparten las tareas del cuidado en tu familia?



¿Cómo se repartirían idealmente las tareas del cuidado en tu familia?



Es muy probable que las “tartas” que ha dibujado estén descompensadas.

Las personas cuidadoras deben también atender sus necesidades. Y para ello muchas veces, es necesario pedir ayuda. Ayuda para tener algún rato libre y poder atender esas necesidades. El problema es que muchos cuidadores no consideran que esas necesidades sean realmente eso, necesidades. Consideran que son sólo deseos o utopías y que pueden pasar sin ellas.

Sin embargo, **todas las personas necesitamos que nos ayuden y el cuidado no puede ser tarea para una única persona.** Es una situación tan complicada que requiere la colaboración de varias personas. Así pues, pedir ayuda no es un signo de debilidad, sino una excelente forma de cuidar de uno/a mismo/a

Estas son algunas de las **razones por las que no se pide ayuda:**

- ⊃ Algunas veces, los cuidadores no piden ayuda a otras personas porque consideran que **EL CUIDADO DEBE SER RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA SUYA** y no quieren implicar a nadie en esa responsabilidad
- ⊃ **NO** quieren **MOLESTAR** a nadie, alterar su vida por causa del cuidado
- ⊃ pueden pensar que pedir ayuda es un signo de debilidad, un signo de que “han fracasado”, ya que “**DEBERÍAN SER CAPACES DE HACERLO SOLOS**, sin implicar a nadie”.
- ⊃ También puede que tengan **MIEDO AL CONFLICTO** con otras personas
- ⊃ puede ser que piensen que la ayuda “**DEBERÍA SALIR DE LAS OTRAS PERSONAS**” y que ellos no tienen por qué pedirla
- ⊃ Otra de las razones por las que algunos cuidadores no piden ayuda es porque **NO SABEN QUE NECESITAN AYUDA.** Lo que pasa es que muchos cuidadores no conocen sus necesidades y, por lo tanto, sólo ven las de sus familiares.
- ⊃ otra de las razones por las que los cuidadores no piden ayuda es porque **NO SABEN CÓMO HACERLO.** Una persona puede pedir ayuda de muchas formas y no todas estas formas son igual de eficaces.



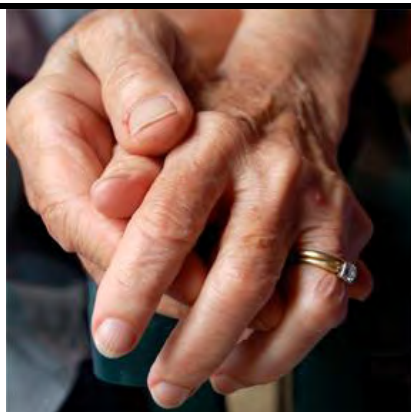
## **TAREA DE LA SEMANA 7**

La tarea de esta semana consiste en responder a unas preguntas:

CUANDO NECESITO AYUDA.....

- ¿A qué personas puedo pedirle ayuda y sé que me la van a dar sin ningún problema y por qué?

- ¿ A quién no puedo pedirle ayuda y por qué no?



# Jornadas **PERSONAS CUIDADORAS FORMALES Y FAMILIARES Y SALUD**

Madrid, 29 de junio de 2010  
Escuela de Relaciones Laborales de la  
Universidad Complutense de Madrid

*Directores:* María del Pilar Sánchez López  
Julio Fernández Garrido

*Coordinadoras:* Virginia Dresch Moehlecke  
Isabel Cuéllar Flores

*Miembros del Comité Científico:* Marta Aparicio García  
Violeta Cardenal Hernández  
Silvia Sánchez-Herrero Arbide

## *Programa*

- 9,30h María del Pilar Sánchez López: **Presentación del proyecto de investigación “Personas Cuidadoras Formales y Familiares y Salud** (Subvencionado por el Ministerio de Igualdad, Instituto de la Mujer).
- 10h Isabel Cuéllar Flores: **Cuidadores/as Formales, Cuidadores/as Familiares y Salud. Bases teóricas y metodológicas.**
- 11-11,30h Café
- 11,30h Rosa Limiñana Gras: **Los primeros pasos de la investigación.**
- 12h **Mesa de discusión general.**
- 13,30h-16h Comida
- 16h **Redacción de conclusiones y diseño de los pasos siguientes.**





## II Jornadas PERSONAS CUIDADORAS FORMALES Y FAMILIARES Y SALUD

Murcia, 17 de junio de 2011  
Salón de Actos Centro “La Luz”  
Universidad de Murcia

**Directora:** María del Pilar Sánchez López

**Coordinadoras:** Rosa M. Limiñana Gras  
Isabel Cuéllar Flores

**Miembros del Comité Científico:** Fco. Javier Corbalán Berná  
Rosa Patró Hernández  
Marta Aparicio García

**Programa:**

- 10 h M<sup>a</sup> del Pilar Sánchez López: **Inauguración de la Jornada**
- 10,15h Isabel Cuéllar Flores: **Seguimiento del proyecto de investigación “Personas Cuidadoras Formales y Familiares y Salud”** (Subvencionado por el Ministerio de Igualdad, Instituto de la Mujer)
- 11 h Rosa M. Limiñana Gras: **Cuidadores familiares en los centros colaboradores de la Región de Murcia: análisis descriptivo en fases.**
- 11,30- 12h Descanso
- 12h Elena de Andrés Jiménez, Lucía Colodro Conde, Concepción Martínez Rodríguez, Josefa Contreras Gil y María Ródenas Ríos: **Cuidadores familiares en los centros colaboradores de la Región de Murcia: percepciones y experiencias.**
- 13h **Mesa de discusión general.**
- 14h-16h Comida
- 16h **Redacción de conclusiones y nuevas propuestas.**



*Directora:*  
María del Pilar Sánchez López

*Coordinadora:*  
Isabel Cuéllar Flores

*Miembros del Comité Científico*  
Rosa M. Limiñana Gras  
Julio Fernández Garrido  
Marta Aparicio García

### Programa

- 9,30 h M<sup>a</sup> del Pilar Sánchez López:  
**Inauguración de la Jornada**
- 9,45h Isabel Cuéllar Flores:  
**Aproximación inicial a los resultados globales**
- 10,15h Rosa M. Limiñana Grass  
**Eficacia y eficiencia de las intervenciones con personas cuidadoras. Experiencia en Murcia**
- 11-11,30h Descanso
- 11,30h M<sup>a</sup> del Pilar Sánchez López:  
**Presentación de la Red Hygeia**
- 12h **Proyecto de investigación futuro**
- 12.30h **Mesa de discusión general**
- 13h-16h Comida
- 16h **Redacción de conclusiones**



# III Jornadas **PERSONAS CUIDADORAS FORMALES Y FAMILIARES Y SALUD**

Madrid, 22 de junio de 2012  
(Escuela de Relaciones Laborales/  
c/ San Bernardo, 49, Madrid)  
Universidad Complutense de Madrid



## ACTAS DE LAS REUNIONES PARCIALES

Hoy 21 de enero de 2011 a las 12:00 horas, se reúnen algunos colaboradores y miembros investigadores, zona de Murcia, del proyecto de investigación “Personas cuidadoras formales y familiares y salud” dirigida por el grupo de investigación EPSY, de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). El lugar de reunión es el Departamento de Dermatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia.

Entre los presentes se encuentran:

Dra. Carmen Brufau

Dr. Javier Corbalán Berná

Dra. Rosa María Limiñana

Dr. Francisco Coll

Dña. Lucia Colodro

Dña. Elena De Andrés

Dña. Conchi Rodríguez

Dña. María Ródenas

Y diversos miembros del Servicio de Dermatología del citado Hospital interesados en colaborar en la captación de cuidadores para los talleres que se realizarán en el Hospital.

El motivo de esta reunión es la coordinación y planificación de las próximas actividades del grupo.

Puntos del día:

- Breve exposición de la marcha de los grupos:
  - Grupos cerrados (USP Hospital San Carlos, Residencia Azahar y Residencia San Pablo) y
  - Grupos que están ahora realizando el taller (AFAMUR), Elena de Andrés lleva sola este grupo con la ayuda de una alumna de prácticas.
- Breve exposición de los procedimientos de la intervención para los nuevos colaboradores:
  - Captación y propuesta de participación a cuidadores: según institución o centro colaborador.
  - Organización de grupos y asignación de investigadores.
  - Presentación de la investigación y del taller, y evaluación pre.
  - Talleres: según tipo de cuidador
  - Evaluación post
  - Seguimiento
- Revisión de material y las actualizaciones.
- Organización de los nuevos talleres y de los centros que empezarán en breve a llevar a cabo el proyecto: Alzheimer Lorca, Hospital Reina Sofía, DACEMUR, AUXILIA, AMUPHEB, AEBHA y Servicios Sociales de Archena.
- Algunos de los miembros de servicio de Dermatología se ofrecen para captar cuidadores en su consulta y hacen diversas propuestas para mejorar la organización de los talleres en las dependencias del Hospital.
- Organización Hospital Reina Sofía:

Directora: María del Pilar Sánchez López

- Coordinadora: Carmen Brufau
- Fechas previstas: 25 de febrero primera sesión en el Hospital Reina Sofía, a falta de confirmar cuando Carmen tenga el visto bueno de todas las cuidadoras.
- Investigadores asignados al Hospital: Ramón Martín y Lucía Colodro.
- Número de cuidadores: de 12 a 14
- Organización Centros Fortuna:
  - Coordinadora: Conchi Rodríguez
  - Fechas comienzo: 15 de febrero
  - Investigadores asignados: Conchi Rodríguez y Josefa Contreras
  - Número de cuidadores: 14
- Organización de Centro de Archena pendiente hasta disponer de algún “joven” investigador libre.
- Ruegos, preguntas, sugerencias...

Siendo las 14:00 horas se termina la reunión, nos vamos a comer.

Dra. Rosa M. Limiñana Gras  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos  
Universidad de Murcia

Reunión de equipo, celebrada el 10 de octubre de 2011. Asistimos Lucía, Elena, María, Javier y Rosa Limiñana.

Orden del día:

**1. Bases de datos: corrección de las variables del post y el seguimiento de las bases de datos de Remunerados (ZARIT x MASLACH)**

Van adjuntas las bases en blanco de Remunerados a domicilio y Runerados en centro con las variables del MASLACH coregidas.

**2. EVALUACIONES de SEGUIMIENTO realizadas y recordatorio de las pendientes:**

- H.G.U. Reina Sofía: REALIZADA Y PASADA A LA BASE DE DATOS - Lucía Colodro :-)
- AFAMUR: REALIZADA (pendiente de pasar a Base de datos) - Elena de Andrés :-)
- Centro Fortuna: Ev. seguimiento en Octubre-Noviembre (Conchi Martínez y Josefa Contreras)
- Archena: Ev. seguimiento en Diciembre-Enero (Conchi Martínez y Carmen Azuar)
- C. S. San Andrés: Ev. seguimiento en Diciembre (Carmen Llor y Lucía)

Proyecto de investigación financiado por el Instituto de la Mujer. *Resolución 3 de noviembre de 2009, del Instituto de la Mujer (BOE 6 de noviembre).*

**Expediente:** 18/09



Directora: María del Pilar Sánchez López

**3. Grupos y modalidades en marcha:**

-AFAMUR Contacto Terapéutico Reducido (CTR): **5** participantes-Evaluación PRE realizada- Elena :-)

-ARCHENA Grupo Familiares: **9** participantes- Ev PRE realizada - Carmen Azuar :-)

-APUPEBH CTR: **3** participantes- Evaluación PRE realizada - María Ródenas

**4. Grupos y modalidades en curso (PRE inminente):**

-H.G.U. Reina Sofía CTR: **5** participantes - Ramón

-C. S. San Andrés: número y modalidad pendiente de confirmar por Carmen Llor la semana próxima.

**5. Nuevo Centro:** Gracias a Carmen Brufau, hemos establecido contacto con ASTRAPACE para que colabore en el proyecto.

11 de octubre de 2011

Reunión de equipo, celebrada el 28 de mayo 2012, a las 12,30 en el Seminario

Asistimos: Lucía Colodro, Elena de Andrés, María Ródenas, Rosa Patró y yo .

Puntos tratados:

- 1. REVISIÓN DE CÓDIGOS ADJUDICADOS Y CUMPLIMENTACIÓN EN PROTOCOLOS:**
  - 1.1. Revisamos los códigos enviados de Madrid, para repartir y adjudicar códigos a los nuevos centros (va adjunto el definitivo para Murcia)
  - 1.2. Revisamos códigos en los protocolos entregados y pasados a bases de datos.
  - 1.3. Revisamos códigos en los protocolos pendientes de pasar.
- 2. EVALUACIONES POST PENDIENTES (para primera semana de junio)**
  - 2.1. CTR Espina Bífida de Murcia (6)
  - 2.2. CTR Remunerados en Centro AFAMUR (2-4)
  - 2.3. CTR Familiares AFAMUR (5)
  - 2.4. CTR Familiares HGU Reina Sofía (7)
  - 2.5. CTR Remunerados Centro Tercera Edad de Elche
  - 2.6. Presencial Familiares Centro Tercera Edad de Elche (7)
- 3. SEGUIMIENTOS PENDIENTES (para primera semana de junio)**
  - 3.1. Archena 2º grupo de familiares (estamos pendiente de que Carmen Azuar y Conchi nos de la fecha... antes del 10 de junio!!!)

Proyecto de investigación financiado por el Instituto de la Mujer. *Resolución 3 de noviembre de 2009, del Instituto de la Mujer (BOE 6 de noviembre).*

**Expediente:** 18/09

3.2. ASTRAPACE, remunerados y familiares CTR. Lucía y María harán una convocatoria total para ambos grupos para evitar “fugas” de última hora.

**4. Revisar Protocolos de DACEMUR! (Conchi)**

Reunión de equipo, celebrada el 29 de mayo 2012, a las 13,30 en el Seminario
--

Asistimos: Lucía Colodro, Elena de Andrés, María Ródenas y yo .

**1. Recuento de los documentos que es necesario que entreguéis por centro:**

- Ficha de centro (Inicial)
- Ficha Participantes
- Protocolos pre-post y seguimiento
- Material del taller según modalidad.
- Registro de Centro (con los datos finales para cerrar centro)

**2. REGISTROS DE CENTRO:** Entregan sus centros Lucía, María y Elena, pero faltan todavía muchos sin entregar y es muy necesario para actualizar datos y redactar las conclusiones finales de nuestros centros! Corregimos datos y los actualizamos con los protocolos, bases de datos, etc.

**3. Apartado de “registro REGISTRO DE DATOS CUALITATIVOS (impresiones subjetivas y experiencias personales de los investigadores; sensaciones, emociones o experiencias relatadas por cuidadores; casos relevantes, verbalizaciones registros destacables, iniciativas, reflexiones, conclusiones personales, etc.)**

Comprobamos que en este apartado se tiende a poner una simple cronología, siguiendo la estupenda presentación de Lucía en las jornadas de Murcia, hemos elaborado un esquema-guión para la redacción, por supuesto abierto a cualquier iniciativa. Va adjunto con la esperanza de que os sea útil!