



Diputació
Barcelona

Evaluación de la implementación y el impacto del programa Grupos de Apoyo emocional y Ayuda Mutua (GSAM) 2019-2021

1 de junio de 2022

Autores de la evaluación

Enric Benet, Moisès Amorós y Mercè Garriga, del Servicio de Planificación y Evaluación, Diputación de Barcelona

Promotores de la evaluación

Área de Igualdad y Sostenibilidad Social. Diputación de Barcelona

Agradecimientos

Esta evaluación no habría sido posible sin la información, la implicación y el conocimiento del Área de Igualdad y Sostenibilidad Social de la Diputación de Barcelona.

Agradecemos especialmente la colaboración de Gustavo Barriga, Fina Garcia, Gemma Parera y Laia Serra.

????? de 2022

© Diputación de Barcelona

Edición y coordinación: Subdirección de Imagen Corporativa y Promoción Institucional de la Diputación de Barcelona

Impresión: Departamento de Reproducción Gráfica de la Diputación de Barcelona

Índice

Resumen ejecutivo	5
Análisis de la organización de las sesiones	5
Análisis del perfil de las personas participantes	6
Análisis de la satisfacción de las personas participantes	7
Análisis de la satisfacción de las personas conductoras de los GSAM	8
Análisis del impacto	9
Presentación	11
1. Introducción	13
1.1. Los Grupos de Apoyo emocional y Ayuda Mutua	13
1.2. El encargo de evaluación y las preguntas de evaluación	14
1.3. Los registros de información de los GSAM	15
2. Análisis de la organización de las sesiones	17
2.1. Grupos, sesiones y formatos	17
2.2. Participantes, tasas de asistencia, finalización y abandono	19
2.3. Entidades prestadoras	22
3. Análisis del perfil de las personas participantes	27
4. Análisis de la satisfacción de las personas participantes en los GSAM ..	43
4.1. Introducción	43

4.2. Resultados de la encuesta a las personas participantes	44
5. Análisis de la satisfacción de las personas conductoras de los GSAM. . .	63
5.1. Introducción	63
5.2. Resultados de la encuesta a las personas conductoras de los GSAM. .	64
6. Análisis del impacto de los GSAM	77
6.1. Introducción	77
6.2. Impacto en los valores de ansiedad y depresión, datos globales.	78
6.3. Impacto, ansiedad y depresión iniciales, según las características de las personas cuidadoras participantes y según la organización de las sesiones	82
7. Conclusiones y recomendaciones	93
Referencias bibliográficas	97
Anexo 1. Evaluaciones de referencia: ámbitos de análisis y escalas	99
Anexo 2: Escala de ansiedad y sintomatología depresiva de Goldberg.	105
Anexo 3. Ficha de datos de las personas cuidadoras	107
Anexo 4. Encuesta de satisfacción a las personas participantes.	111
Anexo 5. Encuesta a las personas conductoras de los GSAM	115

Resumen ejecutivo

- El programa **Grupos de Apoyo emocional y Ayuda Mutua (GSAM)** está dirigido a personas cuidadoras no profesionales de personas que se encuentran en situación de dependencia, discapacidad o problemas de salud mental. Desde 2010 hasta 2021 se han realizado 12 ediciones.
- Consisten en grupos de entre 10 y 15 personas cuidadoras, que se comprometen a asistir a 10 sesiones presenciales de una hora y media de duración, conducidas por un/a profesional preferentemente del ámbito de la psicología. Los GSAM son un espacio de relación y apoyo psicológico y emocional que posibilita la expresión de sentimientos, emociones y preocupaciones asociadas a las tareas de cuidados, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras e, indirectamente, la de aquellas personas a las que cuidan.
- El programa GSAM pasó a formar parte del **proyecto transformador «Hacia un nuevo sistema público de cuidados en la comunidad»** del Área de Igualdad y Sostenibilidad Social.
- Se plantearon **dos líneas de evaluación** centradas en las ediciones 2019, 2020 y 2021: la primera era una **evaluación de la implementación** centrada en la organización de las sesiones, el perfil de las personas participantes y la valoración del programa por parte de las personas participantes y las personas conductoras de los GSAM; y la segunda línea era una **evaluación del impacto del programa**, a partir de las variaciones en los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva al inicio y al final del programa.

Análisis de la organización de las sesiones

- **Número de grupos, sesiones y formatos.** En la edición de 2019 se formaron 73 grupos y participaron 830 personas; en la de 2020 (especialmente afectada por la pandemia del COVID-19), 39 grupos y 234 personas; y en la de 2021, 70 grupos y 555 personas. **En las ediciones de 2020 y 2021 se redujo el número de participantes en cada grupo.** El número habitual de sesiones de los GSAM fue de 10, y en formato presencial.
- **Asistencia, finalización y abandono.** La asistencia media a un GSAM fue de 9 personas. La tasa de asistencia fue del 68 % (número de sesiones a las que se asistió respecto

de las previstas). Un 74 % de las personas finalizó las sesiones previstas, y, por tanto, la tasa de abandono fue del 26 %.

- *Entidades prestadoras.* En la edición de 2019 hubo 12 entidades prestadoras, 9 en la de 2020 y 10 en la de 2021. Hubo una cierta especialización de algunas de las entidades en personas cuidadoras de determinadas patologías.

Análisis del perfil de las personas participantes

- *Género.* El 80 % de las personas participantes en las tres ediciones fueron mujeres, y el 20 % hombres. En las tres ediciones analizadas, el porcentaje de mujeres fue creciendo ligeramente.
- *Edad.* La distribución entre los cuatro grupos de edad (menores de 55, de 56 a 65, de 66 a 75 y mayores de 75) fue alrededor del 25 % para cada uno de ellos. En el conjunto de las ediciones, los hombres tendían a ser mayores que las mujeres.
- *Lugar de nacimiento.* La mayoría había nacido en Cataluña (61 %), y una tercera parte (34 %) en el resto de España. Solo el 5 % tenía sus orígenes en el extranjero.
- *Nivel de estudios.* El 39 % tenía los estudios obligatorios; un tercio los secundarios (ya fuesen generales o profesionalizadores). El 15 % no había acabado sus estudios, y solo el 9 % tenía estudios superiores.
- *Situación laboral.* La mitad (51 %) no estaba activa en el mercado de trabajo (cobraba algún tipo de prestación por jubilación, prejubilación, pensión por jubilación o incapacidad laboral). Un tercio (32 %) estaba activo en el mercado de trabajo, ya fuera porque trabajaba (19 %) o porque estaba en paro (13 %). El 14 % hacía labores del hogar no remuneradas.
- *Años dedicados a los cuidados.* El 74 % de las personas participantes llevaban 3 años o más dedicándose a los cuidados, y la mitad de estos (38 %) llevaban más de 6 años.
- *Horas diarias dedicadas a los cuidados.* En la edición 2021, cerca de las tres cuartas partes (71 %) de las personas participantes dedicaron como mínimo 10 horas al día a cuidar a las personas dependientes.
- *Convivencia con la persona cuidada.* El 81 % de las personas cuidadoras convivían con la persona cuidada.
- *Parentesco con la persona cuidada.* En las tres ediciones, casi la mitad de las personas participantes cuidaban sobre todo de la pareja (45 %), el 25 % de un descendiente, y el 23 % del padre o la madre.

- **Participación previa en otro GSAM.** El 26 % de las personas ya habían participado en otra edición anterior de los GSAM.
- **Tipología de patología o situación de las personas cuidadas.** A los GSAM acudieron sobre todo personas que cuidaban a alguna persona con una patología neurodegenerativa (Alzheimer, otras demencias, Parkinson), que representaban el 53 % (y, entre estas, el Alzheimer era un poco más de la mitad).
- **Acceso al centro.** Casi dos terceras partes de las personas participantes accedían a pie (63 %), y un tercio (32 %) en transporte privado. Tres cuartas partes (78 %) tardaban como máximo 15 minutos en llegar al centro.
- **Recursos asignados a las personas cuidadoras.** El 20 % de las personas cuidadoras afirmaban tener un recurso asignado para facilitar su participación en el GSAM.

Análisis de la satisfacción de las personas participantes

- La encuesta de satisfacción a las personas participantes se realizó mediante un cuestionario en papel, que cumplimentaban de forma presencial al final de la última sesión. El cuestionario empleado en la edición 2021 se basaba en los modelos de satisfacción de las dos ediciones anteriores (posibilitando el analizar la evolución de las percepciones), a la vez que se introdujeron nuevos temas para profundizar en el análisis. De las 555 personas que participaron en los GSAM, 416 respondieron la encuesta de satisfacción, lo que supuso una tasa de respuesta del 75 %.
- Las características de las personas encuestadas encajaron con el perfil de los participantes en los GSAM de la edición de 2021: mayoritariamente mujeres (81 %), con más participantes de entre 56 y 75 años (57 %), principalmente nacidos en Cataluña (61 %) y en situación de jubilación o prejubilación (56 %).
- La vía principal de acceso a los GSAM fue a través de los servicios sociales (67 %).
- Para la mayoría de las personas encuestadas, la edición de 2021 fue la primera vez que participaban en un GSAM. A la vez, uno de cada cuatro repetía, siendo los motivos principales para volver a participar que les había ayudado mucho (61 %), compartir experiencias (20 %) y aprender más (13 %).
- La valoración global de las personas participantes fue de 9,3 sobre 10, manteniéndose la buena valoración respecto a las ediciones anteriores. El funcionamiento de los GSAM, la organización, las instalaciones, la satisfacción propia y especialmente los profesionales conductores de los grupos fueron muy bien valorados.

- En cuanto a las **propuestas de mejora**, las más mencionadas hacían referencia a aspectos organizativos, apuntando principalmente a **ampliar la duración del grupo** (40 %), **más continuidad durante el año** (9 %) y **más temas en las sesiones** (9 %).
- **Los temas tratados fueron considerados adecuados**, y resultó especialmente útil el tener un espacio donde sentirse oído/a, compartir experiencias y entender mejor la enfermedad. Por otro lado, hicieron propuestas de nuevas temáticas, como cuestiones médicas, herramientas de gestión emocional y orientaciones en temas administrativos y burocráticos.
- Para llevar a cabo la tarea cuidadora, las personas participantes destacaron que **otros servicios de apoyo necesarios serían recibir apoyo psicológica** (46 %) y **disponer de tiempo propio** (40 %).

Análisis de la satisfacción de las personas conductoras de los GSAM

- La encuesta a las personas conductoras de los GSAM se realizó por vez primera en la edición de 2021, mediante un **formulario en línea** elaborado con recursos de la Diputación de Barcelona. Cada profesional tenía que responder a un cuestionario por cada grupo que había conducido. De los 70 GSAM realizados durante 2021 se obtuvo respuesta de 66, lo que supone una **tasa de respuesta del 94 %**.
- La mayoría de las personas conductoras de los grupos (67 %) tenían una **experiencia de más de 3 años** conduciendo Grupos de Apoyo emocional y Ayuda Mutua.
- **Globalmente, los profesionales valoraron los GSAM con un 8,8 sobre 10**. La satisfacción de los profesionales fue muy alta con las instalaciones y la actividad de los grupos, y, con algunos matices, también con la coordinación con los entes locales y con el funcionamiento de los grupos.
- Las personas conductoras de los GSAM hicieron algunas **propuestas de mejora sobre el funcionamiento del grupo**: mejorar la homogeneidad de este, ampliar su duración y seleccionar participantes con un mayor compromiso de asistencia.
- Asimismo, hicieron algunas **propuestas de mejora en relación a la coordinación con el ente local**: mecanismos para promover la fluidez en el contacto con este (como mejorar los canales de comunicación incorporando el contacto telefónico) y definir previamente el calendario de coordinación con el ente local.
- En el **77 % de los GSAM** analizados en la edición 2021 hubo abandonos, principalmente por **problemas de salud de la persona cuidadora o cuidada** (47 %), por las **dificultades de encontrar a alguien que se encargara de la persona cuidada para**

poder asistir al grupo (31 %) y por el desajuste entre los contenidos y las expectativas (25 %). Para prevenir los abandonos, las personas conductoras de los GSAM propusieron como mejora principalmente **facilitar servicios de apoyo domiciliario** para que se ocuparan de la persona cuidada y así poder asistir a los grupos.

Análisis del impacto

- Para el cálculo del impacto del programa GSAM se utilizaron los datos de **personas participantes que hubieran completado el test de Goldberg**, tanto al inicio como al final del programa, de las ediciones 2019, 2020 y 2021 (1.175 registros). A este efecto se calculó la variación porcentual del nivel de ansiedad y **sintomatología depresiva**¹ al inicio y al final del programa.
- Al inicio del programa, casi el 80 % de las personas padecían unos niveles altos de ansiedad, y el 70 % de la sintomatología depresiva.
- Participar en un GSAM significó una reducción del orden del 29 % de la ansiedad y un 25 % de la depresión.
- El 68 % de las personas participantes experimentaron una reducción del nivel de ansiedad, y el 54 % del nivel de depresión. A pesar de ello, una cuarta parte de las personas no percibieron ninguna mejoría.
- Las personas que ya habían participado previamente en un GSAM tenían valores iniciales de ansiedad y depresión prácticamente iguales a los de las personas que no habían participado, lo que indica que **el impacto del programa se fue reduciendo a medida que pasaba el tiempo hasta desaparecer**.
- Las reducciones de ansiedad y depresión después de participar en un GSAM presentaron **diferentes patrones en función de las características de las personas participantes** (y, asimismo, los valores iniciales de ansiedad y depresión):
 - *Género*: las reducciones de ansiedad y depresión fueron similares entre hombres y mujeres (a pesar de que las mujeres partían de valores iniciales mayores que los de los hombres).
 - *Grupos de edad*: hubo una mayor reducción de ansiedad en menores de 46 años y mayores de 66 años, y una mayor reducción de depresión en menores de 46 años.
 - *Nivel de estudios*: se observó una mayor reducción de ansiedad y depresión en personas con estudios universitarios (que también presentaban valores iniciales menores).

¹ A efectos de brevedad se hablará de «depresión» en vez de «sintomatología depresiva».

- *Situación laboral*: las mayores reducciones de ansiedad y depresión se dieron en personas que trabajaban o que cobraban jubilación o pensión.
- *Años dedicados a los cuidados*: hubo mayores reducciones de ansiedad y depresión en los dos primeros años de cuidados.
- *Horas diarias dedicadas al cuidado*: la mayor reducción de ansiedad y depresión tuvo lugar en las personas que dedicaban al cuidado 1-2 horas al día.
- *Convivencia con la persona cuidada*: las personas no convivientes con la persona cuidada tuvieron mayores reducciones de ansiedad que las que sí convivían.
- *Patologías / situación de las personas cuidadas*: en todas las patologías o situaciones de las personas cuidadas, las reducciones de ansiedad y depresión fueron significativas.
- Asimismo, las reducciones de ansiedad y depresión presentaron **patrones diferentes en función de la organización de las sesiones**.
- *Número de sesiones organizadas del GSAM*: los GSAM tuvieron impactos significativos con independencia del número de sesiones organizadas, si bien en el caso de la ansiedad se consiguió una mayor reducción con GSAM de duración estándar (10 sesiones) o larga duración (16 sesiones).² En cambio, en lo relativo a la depresión se obtuvieron reducciones importantes tanto en GSAM de muchas como de pocas sesiones.
- *Entidades prestadoras*: todas las entidades consiguieron una reducción de los niveles de ansiedad y de los niveles de depresión de los participantes. Se constataron diferencias de impacto significativas entre entidades prestadoras.

² Las sesiones de esta duración son excepcionales, y mayoritariamente se dieron en la edición de 2019.

Presentación

Este informe es fruto de la colaboración entre el Área de Igualdad y Sostenibilidad Social y el Servicio de Planificación y Evaluación (SPA) de la Coordinación de Estrategia Corporativa y Concertación Local del Área de Presidencia para evaluar el programa **Grupos de Apoyo emocional y Ayuda Mutua (GSAM)**, en las ediciones de 2019, 2020 y 2021.

El Área de Igualdad y Sostenibilidad Social ha sido la impulsora del programa y, en el contexto del proyecto transformador «Hacia un nuevo sistema público de cuidados en la comunidad» de su evaluación, y el Servicio de Planificación ha sido el encargado de diseñar la evaluación, llevarla a cabo y redactar este informe, que está estructurado en cinco apartados más esta presentación inicial.

En la **introducción** se explica el programa GSAM, cuál fue el encargo de evaluación y cuáles han sido los registros de información generados para la evaluación.

En el **análisis de la organización de las sesiones** se da información global sobre las ediciones 2019 a 2021; entre otros, el número de grupos, sesiones y participantes, y las tasas de asistencia y abandono.

El tercer apartado corresponde al análisis del **perfil de las personas participantes** según una serie de características sociodemográficas, así como otros factores que ayudan a definir el perfil de las personas participantes.

Los apartados cuarto y quinto corresponden al análisis de la **satisfacción de las personas participantes y las personas conductoras de los GSAM**.

El sexto es una **evaluación del impacto** del GSAM en el nivel de ansiedad y sintomatología depresiva de las personas participantes.

Finalmente se incluyen unas **conclusiones y recomendaciones**.

Adicionalmente se ofrecen las referencias bibliográficas consultadas y se incluyen cinco anexos, uno con evaluaciones de referencia de programas similares al GSAM, uno sobre la escala usada para medir los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva (escala de Goldberg), la ficha de datos de las personas cuidadoras, el cuestionario de valoración de las personas participantes y el cuestionario de valoración de las personas conductoras de los GSAM.

1. Introducción

1.1. Los Grupos de Apoyo emocional y Ayuda Mutua

El programa **Grupos de Apoyo emocional y Ayuda Mutua (GSAM)** va dirigido a personas cuidadoras no profesionales de personas que se encuentran en situación de dependencia (sea o no reconocida por la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia), discapacidad y con problemas de salud mental.

El programa GSAM fue creado el año 2010, y hasta 2021 se han realizado 12 ediciones.

Se enmarca en el **proyecto transformador «Hacia un nuevo sistema público de cuidados en la comunidad»**, que tiene como objetivo reforzar y mejorar los servicios públicos locales de cuidados, especialmente la atención social domiciliaria y la teleasistencia, así como los recursos para las personas cuidadoras no profesionales. También trabaja por el fomento de la sensibilización y la corresponsabilidad en el entorno de los cuidados.

Los grupos son un espacio de relación y apoyo psicológico y emocional que posibilita la expresión de sentimientos, emociones y preocupaciones asociadas a las tareas de cuidado, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras e, indirectamente, de las personas a las que cuidan.

Los objetivos de los GSAM son tres: 1) mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras no profesionales; 2) ofrecer apoyo emocional y psicológico para reducir el impacto negativo que los cuidados pueden suponer para los cuidadores y cuidadoras no profesionales en cuanto a sus niveles de ansiedad y depresión; y 3) facilitar espacios de relación entre personas cuidadoras no profesionales que se encuentren en una situación similar, para que compartan sus necesidades y preocupaciones y también sus conocimientos.

Este recurso se ofrece a los entes locales a través del Catálogo de servicios de la Diputación de Barcelona, y funciona desde 2010.

La asistencia de la Diputación consiste principalmente en (a) contratar a diversas entidades para que pongan a disposición profesionales para la conducción de los GSAM, generalmente del ámbito de la psicología, y (b) impulsar que los entes locales organicen GSAM para cuidadores/as informales de personas en situación de dependencia, facili-

tando la coordinación e interlocución y el contacto con las entidades y asumiendo los costes del o la profesional. La Diputación asigna qué entidades organizarán un GSAM en cada entidad, pero si un ente local solicita poder trabajar con una entidad determinada, se intenta facilitar.³

Los GSAM se organizan en ediciones anuales. Para cada edición se forma un grupo de entre 10 y 15 personas cuidadoras (entre 6 y 10 con las restricciones de la pandemia), las cuales se comprometen a asistir habitualmente a 10 sesiones presenciales.⁴ Las sesiones tienen una duración de una hora y media, y se realizan semanalmente durante 10 semanas consecutivas. Las sesiones de los GSAM son conducidas generalmente por un psicólogo o psicóloga, que asume la gran mayoría de las funciones relacionadas con la gestión y dinamización del servicio. Una entidad local/municipio solo puede organizar un GSAM por edición.

El único requisito para participar en un GSAM es ser persona cuidadora no profesional. La participación y acceso al recurso, por tanto, no está supeditada a un nivel mínimo de ansiedad y/o depresión de las personas cuidadoras, ni se prioriza a las personas con niveles más elevados.

1.2. El encargo de evaluación y las preguntas de evaluación

El Área de Igualdad y Sostenibilidad Social (AISS) mostró su compromiso e interés en hacer un seguimiento y evaluación del programa GSAM para obtener informaciones y evidencias que permitieran mejorar la oferta del programa en su implementación a los entes locales de la provincia a partir de la edición 2022.

El AISS y el SPA colaboraron para diseñar la evaluación, el primero como impulsor y el segundo como diseñador y ejecutor de la evaluación.

Teniendo en cuenta las características del programa se plantearon **dos líneas de evaluación**.

La primera línea era una **evaluación de la implementación**, centrada en la organización de las sesiones, el perfil de las personas participantes y la valoración del programa por parte de las personas participantes y las personas conductoras de los GSAM. Las **preguntas de la evaluación de la implementación** fueron:

³ Ver más información en el apartado 2.3. Entidades prestadoras.

⁴ Dadas las restricciones de la pandemia del COVID-19, en la edición 2020 se redujo el número de personas participantes en cada grupo (ver el apartado 2.2. Participantes, tasas de asistencia, finalización y abandono: Número de participantes) y se realizaron GSAM en formatos virtuales y mixtos (ver apartado 2.1. Grupos, sesiones y formatos: Formatos).

Aunque el número habitual es de 10 sesiones presenciales, se han realizado GSAM con un número inferior o superior de sesiones (ver apartado 2.1. Grupos, sesiones y formatos: Número de sesiones).

- ¿Qué tipo de grupos se realizó? ¿Cuál fue la tasa de finalización y abandono de las personas participantes?
- ¿Cuál fue el perfil de las personas participantes, tanto en cuanto a características sociodemográficas como en otros aspectos? ¿Hubo diferencias en función del género o el grupo de edad de las personas participantes?
- ¿Qué valoración del programa hicieron las personas participantes?
- ¿Qué valoración del programa hicieron los profesionales conductores de los GSAM?

La segunda línea de evaluación era estudiar el **impacto del programa**, centrándose en las variaciones en los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva de las personas participantes, medidas a partir del test de Goldberg, al inicio y al final del programa.⁵

Así, la pregunta en relación con la evaluación del impacto fue:

- ¿Significó la participación en el programa GSAM una **variación en los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva**? ¿Hubo diferencias en estas variaciones según las características sociodemográficas y otros factores de las personas participantes?

1.3. Los registros de información de los GSAM

A lo largo del desarrollo de los GSAM se generan **diversos registros de información relacionados con las personas participantes** (mediante cuestionarios y fichas en papel), que posteriormente se integran en bases de datos.

- En el primer contacto con la persona susceptible de participar en el programa GSAM, se le solicitan **datos sociodemográficos** que son recogidos por los técnicos/as municipales (trabajadores/as sociales) mediante un cuestionario en formato papel y son introducidos posteriormente en un formulario electrónico.⁶
- En la primera sesión de los GSAM, el profesional conductor del grupo solicita a cada persona participante que cumplimente el **test de Goldberg pretratamiento**, que permite identificar los niveles iniciales de ansiedad y depresión.

⁵ En el anexo 1. Evaluaciones de referencia: ámbitos de análisis y escalas se identifican algunas evaluaciones de impacto de programas similares al GSAM, se especifica qué escalas y medidas se han usado, y se recogen los resultados principales de estas evaluaciones.

⁶ En ocasiones se ha dado el caso de que en la propia dinámica del proceso una persona haya dado sus datos sociodemográficos en la primera sesión del GSAM. En estos casos excepcionales, quien los recoge es el/la psicólogo/a conductor/a del GSAM.

- El profesional conductor del grupo también se encarga de registrar la **asistencia a las sesiones** y anotar en una ficha los abandonos que se puedan producir.
- En la última sesión de los GSAM se pasa el **test de Goldberg postratamiento**, que permite conocer los niveles finales de ansiedad y depresión de cada participante.
- De esta forma se dispone de información sobre el perfil de los participantes, de su evolución en relación a la ansiedad y la depresión, y de los datos de asistencia. Estos cuatro conjuntos de información son introducidos en una **base de datos de personas participantes-test de Goldberg**.⁷
- También en la última sesión de los GSAM, los participantes responden una **encuesta de valoración anónima** en formato papel. Los resultados de esta encuesta se vuelcan en otra **base de datos de personas participantes encuestadas** (diferente de la mencionada en el punto anterior).⁸

En relación a los datos de personas participantes y personas encuestadas correspondientes a las tres ediciones analizadas, de 2019 a 2021, se crearon las siguientes bases de datos:

- **Base de datos de personas participantes-test de Goldberg**, que dispone de información de **1.619 personas participantes**, 830 correspondientes a la edición de 2019, 234 a la de 2020 y 555 a la de 2021.
- **Base de datos de valoraciones de las personas participantes**, que dispone de información de **1.169 personas participantes encuestadas**, 560 correspondientes a la edición de 2019, 193 a la de 2020 y 416 a la de 2021.

Asimismo, para la edición de 2021 se realizó por vez primera una **encuesta a las personas conductoras de los GSAM**⁹ y se creó la siguiente base de datos:

- **Base de datos de valoraciones de personas conductoras de los GSAM**, que dispone de información sobre **66 profesionales** de la edición de 2021.

⁷ Ver el anexo 3. Ficha de datos de las personas cuidadoras.

⁸ Ver el anexo 4. Encuesta de satisfacción a las personas participantes. Para la edición 2021, la encuesta de valoración de las personas participantes incorporó algunas preguntas adicionales (entre otras, cómo han conocido el Grupo de Apoyo y Ayuda Mutua, elementos de mejora, y otras actividades o servicios de ayuda para la labor de las personas cuidadoras), así como algunos datos sociodemográficos.

⁹ Ver el anexo 5. Encuesta a las personas conductoras de los GSAM.

2. Análisis de la organización de las sesiones

En este apartado se presentan los análisis sobre los aspectos organizativos de los GSAM. Así, se ofrecen los principales resultados sobre el número de grupos y de sesiones, el formato de estas, la asistencia, cuántas personas finalizaron o abandonaron, y las entidades prestadoras del servicio.

En términos generales, el análisis descriptivo y de las sesiones ha consistido en estudiar las tres ediciones, con especificaciones de la edición de 2021 cuando corresponde.

2.1. Grupos, sesiones y formatos

Número de grupos

En los tres años analizados se han organizado en total 182 GSAM: 73 en la edición de 2019 (830 personas participantes), 39 en la de 2020 (234 personas) y 70 en la de 2021 (555 participantes).

Figura 1. Número de GSAM y participantes (2019-2021)

	Número de GSAM	Número de participantes
2019	73	830
2020	39	234
2021	70	555
Total	182	1619

El número de GSAM fue similar en las ediciones de 2019 y de 2021, mientras que en la de 2020 fue menor. La diferencia en grupos y participantes de la edición de 2020 se debió a la irrupción de la pandemia del COVID-19 y las restricciones que comportó.

De los 70 municipios que organizaron un GSAM en 2021, 50 ya lo habían hecho antes; es decir, la tasa de repetición de los municipios fue del 71 %.

Número de sesiones

Los GSAM se organizan en diversas sesiones conducidas por un profesional que a menudo es psicólogo/a. El número habitual de sesiones fue de 10. En algunos casos excepcionales varió ligeramente.

La mayor variabilidad se dio el año 2020. Debido a las restricciones impuestas para combatir la pandemia, muchas entidades declinaron la organización efectiva de los GSAM a pesar de tener concedida la ayuda, y otras adaptaron el número de sesiones o el formato.

Figura 2. GSAM organizados por número de sesiones (2019-2021)

	Número de sesiones del GSAM									
	3	6	7	8	9	10	11	12	14	16
2019				1	1	63	1	1	1	5
2020	1	4	8	4	3	18				1
2021				4	4	63				
Todas las ed.	1	4	8	9	8	94	1	1	1	6

Formatos

En las ediciones de 2019 y 2021, todos los GSAM se hicieron en formato presencial, el formato para el que estaban pensados desde el principio.

La edición de 2020 se vio afectada por las obligaciones impuestas para contener la pandemia del COVID-19, de forma que las entidades sociales que no renunciaron al recurso tuvieron que adaptar los formatos. Así, algunos entes locales pudieron hacer el GSAM presencialmente (ya que se llevaron a cabo antes de la entrada en vigor de las restricciones), otros tuvieron que ser totalmente virtuales, y otros más en formato mixto (en que o bien se combinaron sesiones presenciales y virtuales, o bien se hizo una combinación simultánea de asistentes presenciales y en remoto).

No obstante, en la edición de 2020 el formato mayoritario siguió siendo el presencial (18 grupos, casi la mitad), seguido por el formato mixto (11) y el virtual (8).¹⁰

¹⁰ En la edición de 2020, dadas las circunstancias impuestas por las restricciones de la pandemia del COVID-19, se hicieron dos asesorías telefónicas.

2.2. Participantes, tasas de asistencia, finalización y abandono

Número de participantes

La asistencia media a un GSAM fue de **8,9 personas** para el conjunto de las tres ediciones analizadas.

Antes de la pandemia del COVID-19, los grupos estaban formados **mayoritariamente por entre 10 y 15 personas cuidadoras**. En concreto, en la edición 2019 la media de participantes por grupo fue de **11,4 personas**, con mayoría de grupos entre 11 y 14 personas.

En las ediciones de 2020 y 2021, hubo restricciones derivadas de la pandemia del COVID-19 y se redujo el tamaño de los grupos. Así, la **media de participantes descendió a 6,0 en 2020** (con mayoría de grupos entre 6 y 8 personas) y **a 7,9 en 2021** (con mayoría de grupos entre 6 y 10 personas).

Figura 3. GSAM según número de participantes (2019-2021)

GSAM según número de participantes																					
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	22	Media participantes
2019		1	1	1	5	9	6	5	1	10	7	4	8	2	3	3	2	3	1	1	11,4
2020	3	4	3	5	7	4	10	1	2												6,0
2021		1	6	4	11	6	14	13	7	2	2	2	1	1							7,9
Todas las ed.	3	6	10	10	23	19	30	19	10	12	9	6	9	3	3	3	2	3	1	1	8,9

Tasa de asistencia

La **tasa de asistencia¹¹** para todas las ediciones fue del **68 %**. Esta tasa fue subiendo en las sucesivas ediciones, siendo la de **2021** la más alta, con un **70 %**.

¹¹ La tasa de asistencia es el número de sesiones asistidas respecto a la de sesiones previstas, expresado en porcentaje.

Figura 4. Tasa de asistencia (2019-2021)

Tasa de asistencia 2019	
2019	66 %
2020	68 %
2021	70 %
Todas las ed.	68 %

Para la edición de 2021 se analizó si las personas participantes acudían al GSAM de su municipio de residencia o si, por el contrario, asistían al de otro: el 97 % iban al GSAM de su municipio. En 15 de los 70 GSAM (21 %) hubo alguna persona asistente de fuera del municipio.

Tasa de finalización y abandono

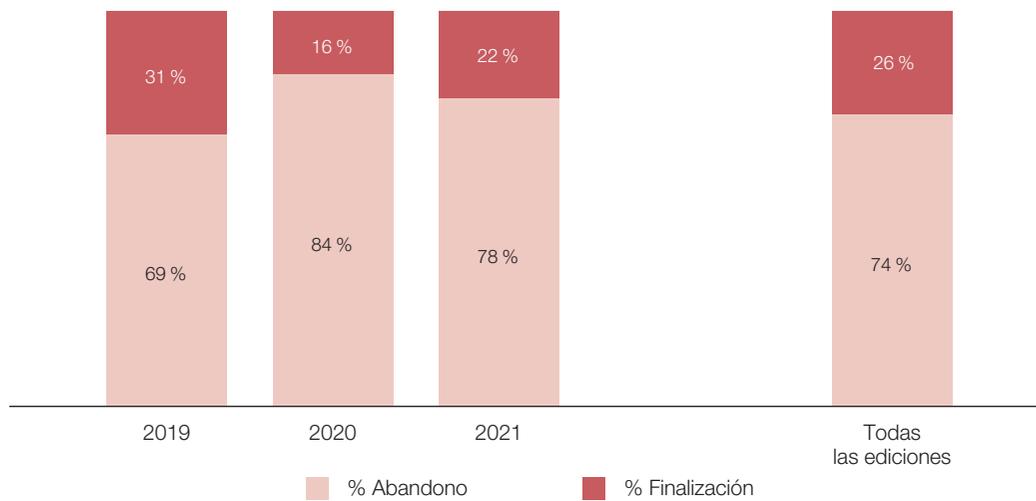
No todas las personas que empezaron un GSAM lo terminaron. Los principales motivos de este abandono en la edición de 2021 fueron los problemas de salud de la persona cuidadora o cuidada, la dificultad de encontrar a una persona que se encargue de la persona cuidada mientras se asiste al GSAM, o el que los contenidos no cumplieron las expectativas.¹²

A partir de si las personas habían cumplimentado el test de Goldberg en la primera y la última sesión del grupo, se analizó el abandono de los GSAM (el análisis no implica que se haya asistido a todas las sesiones, sino solo a estas dos).

Para el conjunto de todas las ediciones, el **74 % de las personas finalizaron el GSAM** y, por tanto, la **tasa de abandono fue del 26 %**. Por ediciones, estas tasas varían significativamente: en la de 2019 la tasa de finalización fue del **69 %** y, en cambio, en la de 2020 ascendió al **84 %**. En este aspecto, la edición de 2020, pese a las dificultades, fue la más exitosa. En la de **2021**, la tasa de finalización fue del **78 %**.

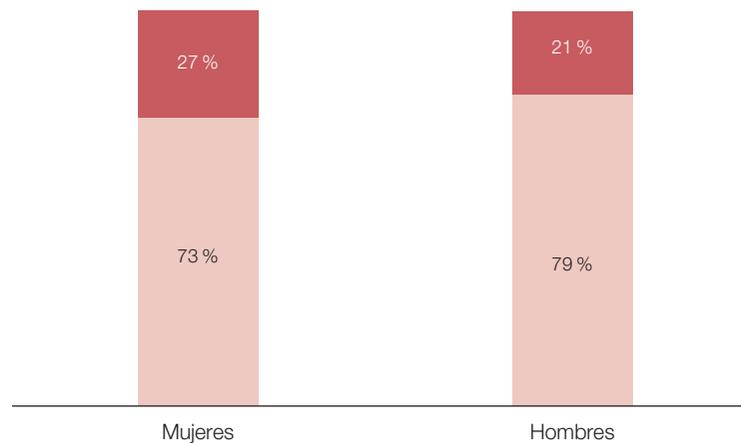
¹² Ver el apartado 5.2. Resultados de la encuesta a las personas conductoras de los GSAM. Abandono de las personas participantes.

Figura 5. Tasas de finalización y de abandono (2019-2021)



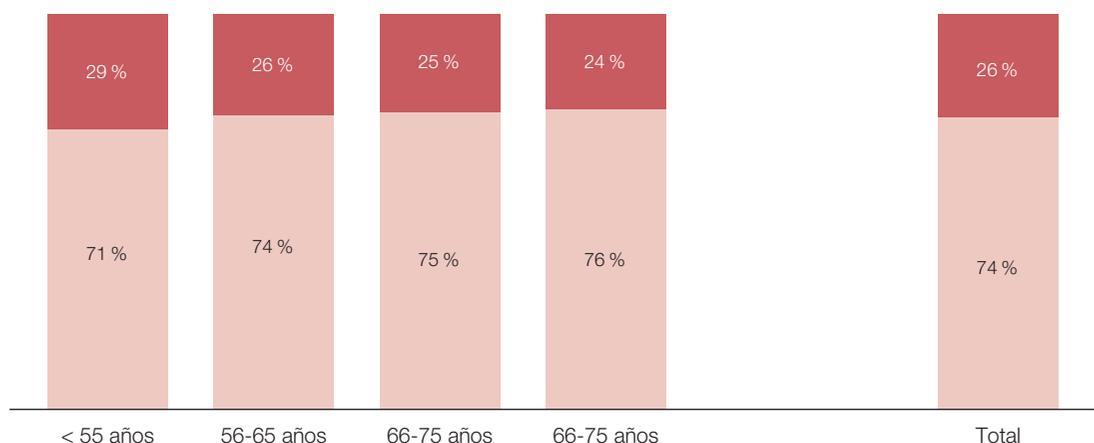
En relación al género, los hombres acabaron más que las mujeres (79 % los hombres, 73 % las mujeres).

Figura 6. Tasas de finalización y de abandono según género (2019-2021)



En cuanto a la relación entre los grupos de edad y la tasa de finalización en todas las ediciones, puede observarse un ligero aumento a medida que aumenta también la edad. Así, entre las personas mayores de 75 años esta fue del 76 %, mientras que entre los menores de 55 fue del 71 %.

Figura 7. Tasas de finalización y de abandono según grupo de edad (2019-2021)



2.3. Entidades prestadoras

Los GSAM son conducidos por un/a profesional que es contratado por la entidad prestadora del servicio (en general, psicólogos/as). En la edición de 2019 fueron 12 las entidades que organizaron GSAM; en la de 2020, 9,¹³ y en la de 2021, 10.¹⁴

Las entidades que prestaron servicio en la edición de 2021 fueron:

- Fundació Privada Atenció a Persones Dependents (Fundación Privada Atención a Personas Dependientes)
- Fundación Hospital
- Cruz Roja
- AFA Baix – Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer del Baix Llobregat
- FAFAC – Federación de Asociaciones de Familiares de Alzheimer de Cataluña
- Uszheimer
- AFA BCN – Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Barcelona
- Fundación Privada Avan

¹³ Tres entidades dejaron de prestar servicio a partir de la edición de 2019: AFMADO, Fundación Ana Ribot y Fundación Noemí Culler.

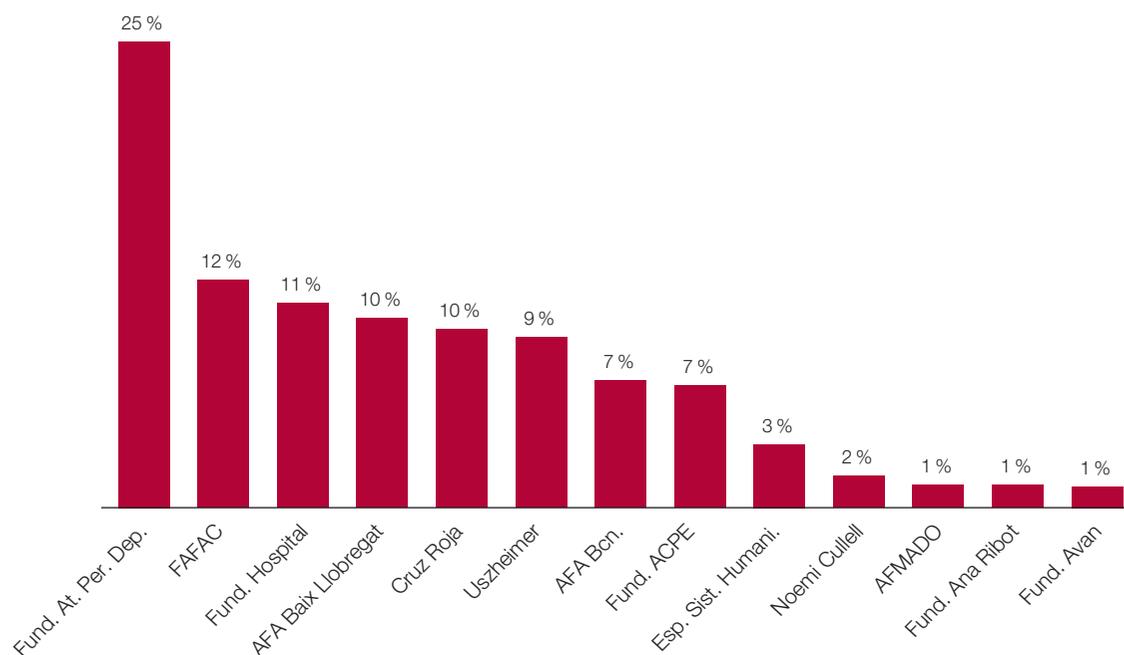
¹⁴ La Fundación J. Valiente Pulido – ACPE dejó de prestar servicio a partir de la edición de 2020.

- AFMADO – Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer d'Osona (Asociación de Familiares y Enfermos de Alzheimer de Osona)
- Espai Sistèmic i Humanista (Espacio Sistémico y Humanista)¹⁵

Tal como puede verse en la figura siguiente, la **Fundació Privada Atenció a Persones Dependents** fue la entidad que atendió a más personas en el conjunto de las tres ediciones: el 25 %, más del doble que el resto de las entidades.

Un grupo de cinco entidades atendió a más del 9 % de los cuidadores/as cada una: FAFAC, Fundación Hospital, AFA Baix Llobregat, Cruz Roja y Uszheimer. El resto atendió como máximo al 7 % cada una.

Figura 8. Porcentaje de personas atendidas según entidades prestadoras (2019-2021)



Tal como se ha mencionado anteriormente, el 80 % de las personas cuidadoras fueron mujeres. Asimismo, a los GSAM de las entidades AFA BCN, FAFAC, Fundación Ana Ribot, ACPE, Uszheimer y Espai Sistèmic i Humanista asistieron mujeres en una proporción superior a la media, y la Fundación AVAN trató solo con mujeres.

Por el contrario, en los GSAM organizados por las entidades AFA Baix, Cruz Roja, Fundación Hospital, Noemí Cullell y AFMADO, los hombres participaron por encima de la media.

¹⁵ En la última edición se incorporó la entidad Espai Sistèmic i Humanista. El resto de entidades ya habían prestado servicio en ediciones anteriores.

Figura 9. Porcentaje de personas atendidas según entidades prestadoras y género (2019-2021)

	Mujeres	Hombres
AFA Baix Llob.	79 %	21 %
AFA Bcn.	85 %	15 %
Cruz Roja	73 %	27 %
FAFAC	83 %	17 %
Fund. Ana Ribot	84 %	16 %
Fund. Hospital	79 %	21 %
Fund. ACPE	82 %	18 %
Fund. At. Per. Dep.	80 %	20 %
Fund. Avan	100 %	
Noemí Cullell	70 %	30 %
Uszheimer	81 %	19 %
AFMADO	74 %	26 %
Esp. Sist. Humani.	83 %	17 %
Total	80 %	20 %

En cuanto a los grupos de edad, la entidad que trató con cuidadores/as más mayores fue la **Fundación Avan**, ya que el 78 % de las personas atendidas tenían más de 66 años (y, como se ha mencionado ya, eran mujeres). AFMADO organizó un único GSAM, pero el 42 % de las personas atendidas tenían más de 75 años.

Por el contrario, la entidad que trató con personas más jóvenes fue Noemí Cullell, con un 74 % de asistentes menores de 66 años.¹⁶ La siguiente en orden descendiente fue AFA Bcn; un 67 % de las personas ayudadas por esta entidad tenían menos de 66 años.

¹⁶ Noemí Cullell solo prestó servicio en la edición de 2019.

Figura 10. Porcentaje de personas atendidas según grupo de edad (2019-2021)

	< 55 años	56-65 años	66-75 años	> 75 años
AFA Baix Llob.	22 %	32 %	25 %	22 %
AFA Bcn.	38 %	29 %	23 %	11 %
Cruz Roja	20 %	32 %	31 %	17 %
FAFAC	21 %	28 %	27 %	24 %
Fund. Ana Ribot	42 %	16 %	32 %	11 %
Fund. Hospital	27 %	25 %	28 %	20 %
Fund. ACPE	21 %	34 %	31 %	14 %
Fund. At. Per. Dep.	22 %	27 %	27 %	23 %
Fund. Avan	17 %	6 %	56 %	22 %
Noemí Cullell	59 %	15 %	19 %	7 %
Uszheimer	23 %	33 %	25 %	20 %
AFMADO	16 %	37 %	5 %	42 %
Esp. Sist. Humani.	17 %	31 %	35 %	17 %
Total	24 %	29 %	27 %	20 %

La selección de las entidades que hizo la Diputación respondía a las necesidades, patologías y situaciones vinculadas a la dependencia, teniendo en cuenta la preparación y capacidades de la entidad. De esta forma se intentaba garantizar al máximo que la asignación tuviese en cuenta la naturaleza de la situación y se buscaba la homogeneidad del grupo.

En la figura siguiente se muestra la distribución de las patologías de las personas cuidadas según entidad para las tres ediciones.¹⁷ Si bien es cierto que la patología dominante fue el Alzheimer, los datos muestran una cierta especialización de algunas de las entidades en cuidadoras de personas con determinadas patologías.

Así, entre las personas atendidas por las entidades AFMADO, AFA Baix Llobregat y Espai Sistèmic i Humanista, el Alzheimer fue claramente la patología dominante.

Sin embargo, en otras entidades esto no fue así: Fundación Avan se especializó en tratar a personas cuidadoras de enfermos/as de Parkinson, y Noemí Cullell en discapacidad psíquica.

¹⁷ La información sobre las patologías fue recogida en la edición de 2019 mediante una pregunta abierta, y en la de 2020 mediante una pregunta con categorías. Las respuestas de 2019 se han recodificado a las categorías de 2020.

Figura 11. Porcentaje de personas atendidas por tipologías de patología o situación de las personas dependientes, según las entidades prestadoras (2019-2021)

	Alzheimer	Otras demencias	Parkinson	Discapacidad psíquica	Discapacidad física	Pluripatología	Vejez / Ayuda en las ABVD	Ictus	Trastorno mental	Otras
AFA Bcn.	21 %	17 %	5 %	17 %	6 %	13 %	6 %	2 %	2 %	12 %
AFA Baix Llob.	51 %	11 %	7 %	2 %	5 %	3 %	7 %	2 %	1 %	11 %
Cruz Roja	27 %	13 %	9 %	4 %	29 %	3 %	4 %	2 %	3 %	6 %
FAFAC	35 %	23 %	8 %	2 %	9 %	7 %	6 %	3 %	2 %	4 %
Fund. Ana Ribot	21 %		5 %	16 %	26 %		11 %			21 %
Fund. Hospital	19 %	13 %	5 %	2 %	7 %	9 %	5 %	1 %		39 %
Fund. ACPE	29 %	27 %	7 %	4 %	16 %	2 %	7 %	0 %		9 %
Fund. At. Per. Dep.	22 %	18 %	5 %	4 %	12 %	11 %	7 %	1 %	4 %	15 %
Fund. Avan		6 %	67 %		6 %	11 %				11 %
Noemí Cullerell	11 %	11 %	7 %	63 %			7 %			
Uszheimer	29 %	20 %	9 %	5 %	8 %	1 %	11 %	4 %	1 %	11 %
AFMADO	68 %		16 %		5 %	5 %	5 %			
Esp. Sist. Humani.	41 %	11 %	6 %	2 %	15 %	6 %	15 %	4 %	2 %	
Total	29 %	17 %	7 %	5 %	12 %	7 %	7 %	2 %	2 %	13 %

3. Análisis del perfil de las personas participantes

A continuación se presenta el análisis de las 1.619 personas (830 para la edición del año 2019, 234 para la de 2020 y 555 para la de 2021) que han participado en algún GSAM, según diversas variables: género, edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, situación laboral, años y horas diarias dedicadas a los cuidados, convivencia y parentesco con la persona cuidada, participación previa, patología de la persona cuidada, acceso al centro y recursos asignados a las personas cuidadoras para facilitar la participación.

En términos generales, el análisis descriptivo de las personas participantes ha consistido en estudiar las tres ediciones, con especificaciones de la edición de 2021 cuando procede.¹⁸

También hay que mencionar que algunas variables del análisis previo de las ediciones de 2019 y 2020 se han afinado recodificando algunas de sus categorías. Sería el caso de las variables «edad», «¿A qué persona cuida?», «horas diarias dedicadas al cuidado» y «patología del familiar».¹⁹

Los datos se han cruzado por género y grupos de edad. No se han recogido todos los resultados analizados, sino solo los que se han considerado relevantes.

Hay que tener presente que la edición de 2020 de los GSAM se vio afectada por las consecuencias de la pandemia del COVID-19, por lo que algunas entidades tuvieron que renunciar a este recurso (a pesar de tenerlo concedido) y otras tuvieron que adaptar los formatos o reducir el número de sesiones para poder ofrecer este servicio a la ciudadanía, tal como se ha apuntado ya. Así, hay que considerar la edición 2020 como un caso especial a la hora de extraer conclusiones.

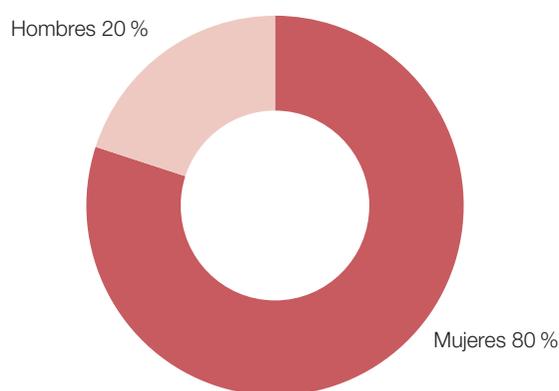
¹⁸ En la edición de 2021, fruto del análisis preliminar de las ediciones de 2019 y 2020, se incorporaron nuevas variables al análisis: lugar de nacimiento de la persona participante, nivel de estudios alcanzado, situación laboral, cómo llegaba al centro donde se hacía el GSAM y cuánto tiempo tardaba, si el ayuntamiento había puesto a su disposición algún recurso o dispositivo para facilitar la participación y cuál.

¹⁹ En cuanto a la «edad», en la edición de 2021 se consideró afinar los tramos de edad de las edades más jóvenes. Para ello, el tramo de menores de 55 años se dividió entre personas de «entre 46 y 55 años» y «menores de 46 años». En cuanto a «¿A qué persona cuida?», se incorporaron las categorías «cuñado/a» y «suegro/a». En relación a «horas diarias dedicadas al cuidado» se optó por dividir la franja superior de horas, especificando las opciones «de 6 a 9» y «más de 10 horas». Finalmente, en lo tocante a la variable «patología del familiar» se incorporaron las categorías «ictus» y «trastorno mental», y la variable «vejez» pasó a llamarse «vejez/ABVD (ayuda básica en la vida diaria)».

Género

El 80 % de las personas participantes en las tres ediciones fueron mujeres, y el 20 % hombres.²⁰

Figura 12. Porcentaje de personas participantes según género (2019-2021)



Ha habido un ligero incremento de esta proporción de cuatro mujeres por cada hombre, que se mantiene a lo largo de las tres ediciones.

Figura 13. Porcentaje de personas participantes según género y edición (2019-2021)

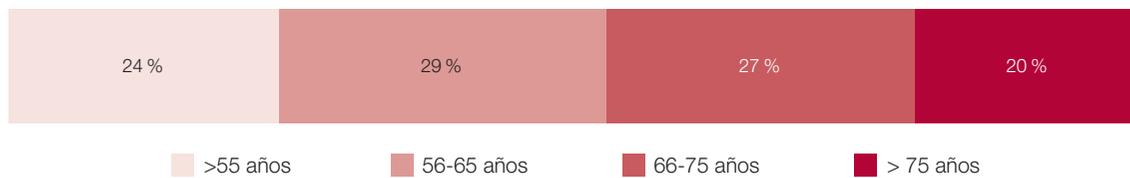
	Mujer	Hombre
2019	78 %	22 %
2020	79 %	21 %
2021	84 %	16 %

Edad

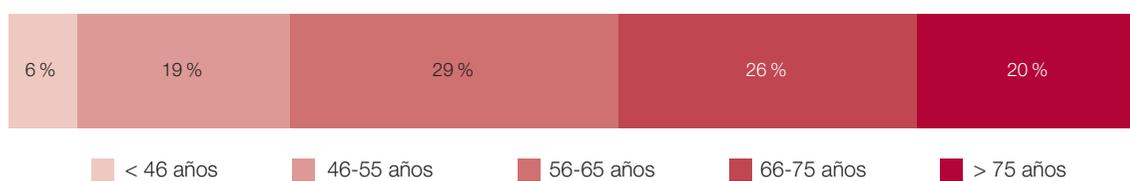
La distribución según los grupos de edad del cuidador/a para el conjunto de las tres ediciones muestra que los cuatro grupos de edad cuentan con cerca del 25 % de la población cada uno. El grupo de edad de más de 75 años es el que tiene un menor peso (20 %), y el de entre 56 y 65 años es el que más (29 %). Agrupando a todos según si tenían más de 65 años o menos, el 47 % eran mayores de 65 años y el 53 % más jóvenes de 65.²¹ Esta distribución se ha mantenido básicamente estable en cada edición.

²⁰ Esta proporción entre mujeres y hombres es coherente con las de otros estudios: Abellán et al. (2018), Avison et al. (2018), Crespo, L. M., y López, M. J. (2007), CEFAA (2016) y Fundación Pere Tarrés (2020). Fundación Pere Tarrés (2020) y Cuevas et al. [coordinadores] (2014) detectan que hay un crecimiento en la presencia de hombres cuidadores.

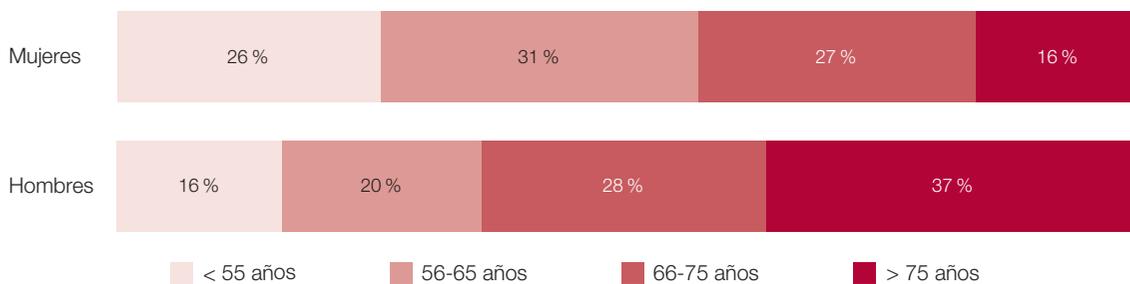
²¹ Respecto a la edad de las personas cuidadoras, los diversos estudios consultados no ofrecen un acuerdo unánime. Por un lado hay diversos estudios que sitúan las medias de edad por debajo de los 65 años: Crespo, L. M. y López, M. J. (2007), Ponce, A., et al. (2016), Cuevas, D., et al. (coordinadores) (2014). Pero otros estudios sitúan las edades por encima de los 65: Avison et al. (2018) y López, J., Crespo, M. (2017).

Figura 14. Porcentaje de personas participantes según grupos de edad (2019-2021)

En la edición de 2021 se desglosó el grupo de edad de menores de 55 años; en ella, las personas entre 46 y 55 años fueron el 19 %, y los menores de 46 años el 6 %.

Figura 15. Porcentaje de personas participantes según grupos de edad (2021)

En el conjunto de las ediciones puede observarse que **los hombres tendían a ser mayores que las mujeres**: el 65 % de los hombres participantes tenían 66 años o más, mientras que en el caso de las mujeres la proporción fue tan solo del 43 %.^{22 23}

Figura 16. Porcentaje de personas participantes según género y grupos de edad (2019-2021)

²² Abellán et al. (2018) constatan que hasta los 65 años hay más mujeres cuidadoras que hombres, tanto en números absolutos como proporcionalmente por grupos de edad, pero a partir de los 65 la diferencia se acorta. De hecho, detectan un aumento de hombres cuidadores mayores cuando, centrándose en los hogares de parejas (cada vez más frecuentes entre la gente mayor), afirman que la proporción entre mujeres y hombres es mucho más equilibrada, y «[...] en los hogares de dos personas de a partir de 80 años hay más hombres cuidadores (27.900 personas) que mujeres cuidadoras (20.300 personas)». (Extraído de la «Encuesta sobre autonomía personal, discapacidad y dependencia» realizada por el Instituto Nacional de Estadística el año 2008). Una parte de la explicación tiene que ver con los diferentes patrones de envejecimiento de hombres y mujeres. Las mujeres viven como media más que los hombres, pero ellas necesitan más ayuda para las actividades diarias que los hombres».

²³ Fundación Pere Tarrés (2020) vio que el 52 % de las mujeres cuidadoras tenían entre 45 y 64 años.

Lugar de nacimiento

Para la edición de 2021 se analizó el lugar de nacimiento de la persona cuidadora. La mayoría habían nacido en Cataluña (61 %), y una tercera parte (34 %) en el resto de España. Solo el 5 % tenían sus orígenes en el extranjero.

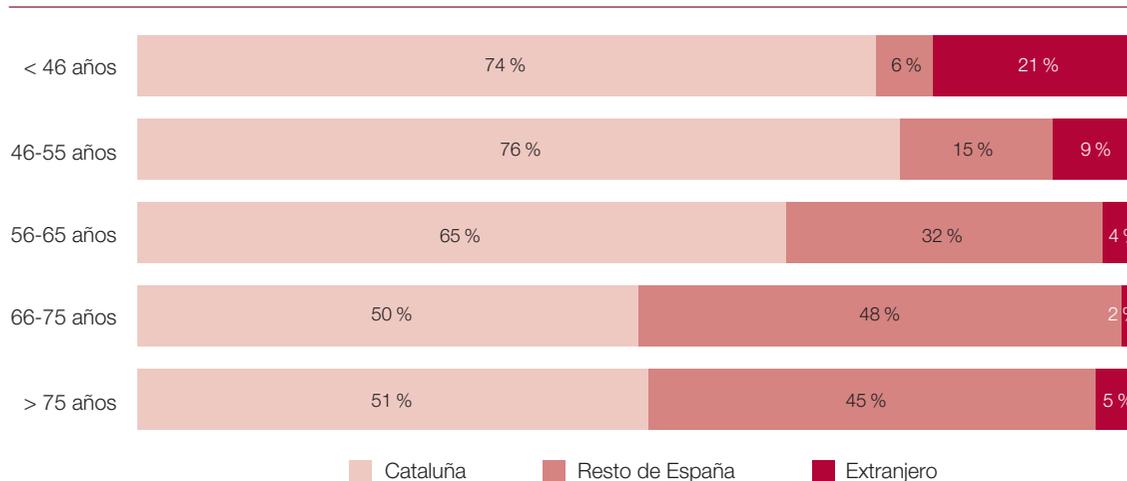
Figura 17. Lugar de nacimiento (2021)



Proporcionalmente habían nacido más mujeres en Cataluña que hombres: el 62 %, frente al 54 %. En cambio, el 41 % de los hombres habían nacido en el resto de España, por el 32 % de las mujeres.

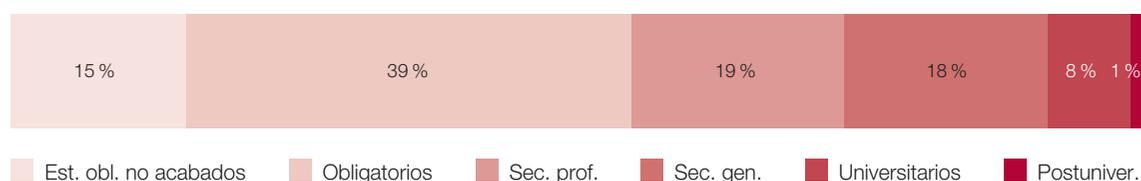
Según los tramos de edad puede detectarse que entre los mayores de 66 años hay equilibrio entre las personas participantes nacidas en Cataluña y en el resto de España, mientras que en los grupos más jóvenes aumentan las personas nacidas en Cataluña. El 21 % (7 personas) de las personas cuidadoras menores de 46 años habían nacido en el extranjero.

Figura 18. Lugar de nacimiento según grupo de edad (2021)



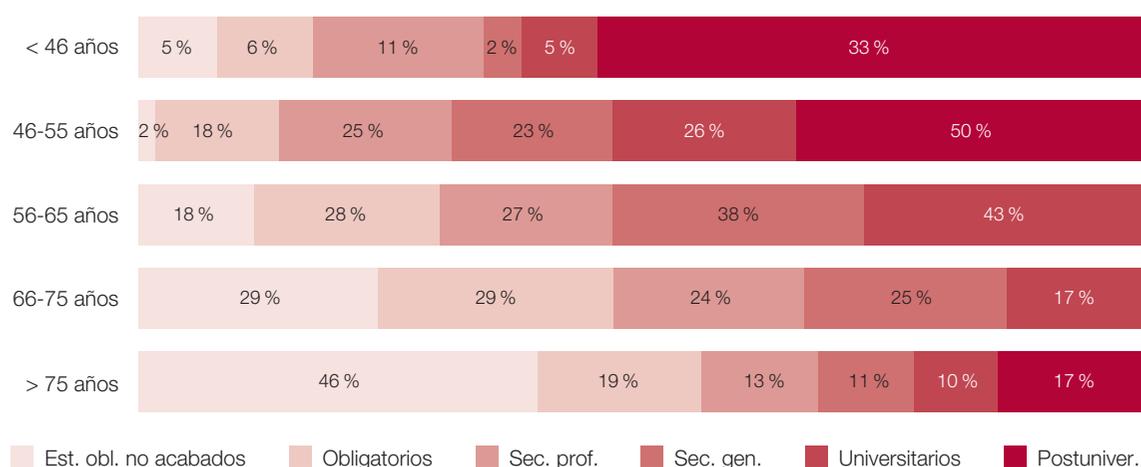
Nivel de estudios

La distribución según el nivel de estudios en la edición 2021 fue la siguiente: el 39 % tenían los estudios obligatorios; un tercio, los secundarios (o bien generales o bien profesionalizadores); el 15 % no había acabado sus estudios; las personas con estudios superiores solo representaban el 9 % de los participantes.

Figura 19. Nivel de estudios de las personas participantes (2021)

No había diferencias significativas según el género de la persona participante.

Pero sí las había en algunos tramos de edad. Entre las personas mayores de 66, y especialmente de más de 75 años, la proporción de personas con **estudios no acabados era más alta** que en los grupos de personas más jóvenes. En cambio, entre los menores de 55 años el porcentaje de personas con estudios superiores es mayor.²⁴

Figura 20. Nivel de estudios de las personas participantes según el grupo de edad (2021)

Situación laboral

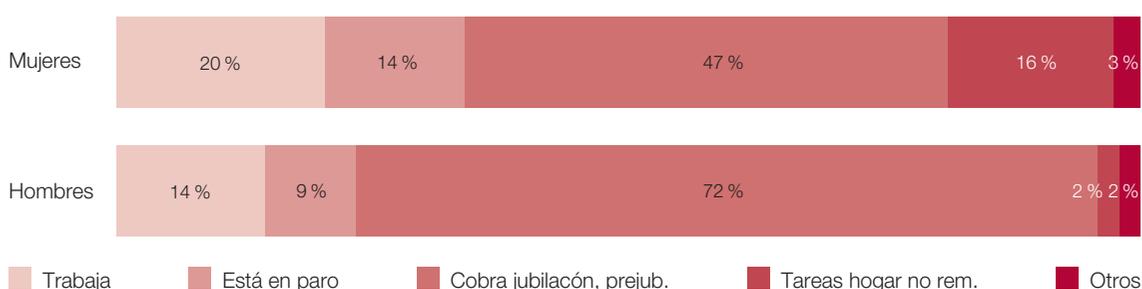
La situación laboral de las personas participantes en los GSAM solo se preguntó en la edición de 2021, y los resultados fueron los siguientes: por un lado, la mitad (**51 %**) **no estaba activo en el mercado de trabajo** (cobraba alguno tipo de prestación por jubilación, prejubilación, pensión por jubilación o incapacidad laboral). Por otro lado, un tercio (**32 %**) **estaba activo en el mercado de trabajo**, sea porque **trabajaba (19 %)** o porque estaba en **paro (13 %)**. Sin embargo, el **14 % afirmaba realizar tareas domésticas no remuneradas**.²⁵

²⁴ Hay que advertir de que en algunos cruces el número de personas es demasiado pequeña como para sacar conclusiones sólidas: menores de 46 años que no han acabado los estudios, con estudios secundarios profesionalizadores y generales, universitarios o posuniversitarios; mayores de 75 años con estudios secundarios generales acabados, universitarios y posuniversitarios; y entre 66 y 75 años con estudios universitarios y posuniversitarios.

²⁵ Según Cuevas, D., et al. (2014), en los estudios previos para redactar la guía se vio que el 65 % de las personas cuidadoras no tenían actividad laboral (jubiladas en situación de paro buscando trabajo o que se dedicaban a las tareas del hogar). También constataban que, cuando la persona cuidadora era mujer, lo más frecuente era que se dedicara a las tareas del hogar, aunque también había un ligero aumento de mujeres cuidadoras ocupadas.

Figura 21. Situación laboral de las personas participantes (2021)

Analizando la situación laboral según el género se comprobó que existía una diferencia importante que reflejaba un diferente grado de inserción en el mercado laboral entre las mujeres y los hombres. Así, el 16 % de las mujeres realizaban tareas del hogar no remuneradas, y solo el 2 % de los hombres; o que tan solo el 47 % de las mujeres cobraba algún tipo de prestación por jubilación o similar, mientras que el 72 % de los hombres lo hacían, 25 puntos porcentuales más.

Figura 22. Situación laboral según el género (2021)

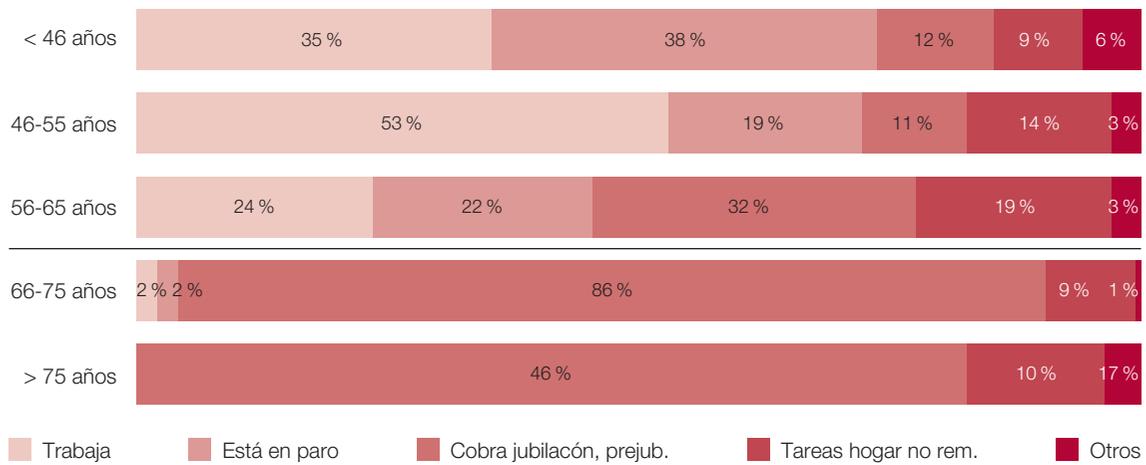
Entre los grupos de edad que estaban en edad laboral (menores de 65 años) destacaba el que solo en la franja de edad de entre 46 y 55 años la mayoría trabajaba (53 %). En cambio, entre las personas menores de 46 años solo lo hacía una tercera parte (35 %), y en el grupo de entre 56 y 65 años sólo una cuarta parte (24 %).

En estos grupos de edad destaca que algo más de la tercera parte (38 %) de las menores de 46 años estaba en situación de paro laboral, así como una cuarta parte (22 %) de las que estaban entre 56 y 64 años.

Un tercio (32 %) de las personas de entre 56 y 65 años recibía algún subsidio de jubilación o prejubilación.

En cuanto a las personas que por edad ya no trabajaban, la gran mayoría (por encima del 83 %) cobraban una pensión.

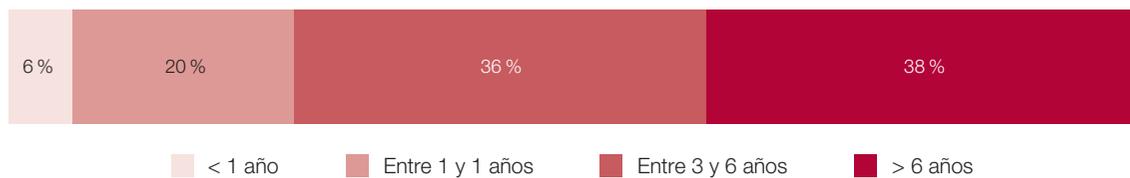
Figura 23. Situación laboral según el grupo de edad (2021)



Años dedicados a los cuidados

El 74 % de las personas participantes llevaban 3 años o más dedicándose a los cuidados; la mitad de ellos (38 %) llevaban más de 6 años.²⁶

Figura 24. Porcentaje de personas participantes según los años dedicados al cuidado (2019-2021)

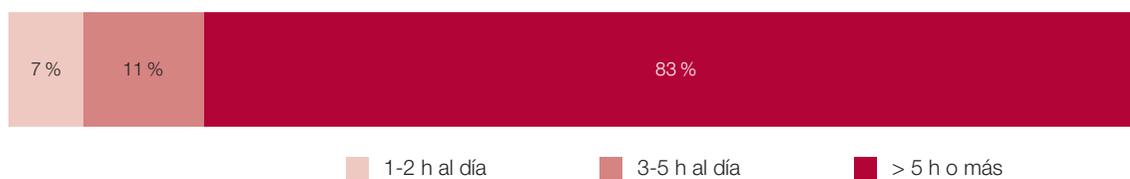


No había diferencias significativas según el género, el grupo de edad o la edición.

Horas diarias dedicadas al cuidado

La gran mayoría de las personas cuidadoras de las tres ediciones de los GSAM (83 %) dedicaban más de cinco horas al día a cuidar de las personas dependientes.

Figura 25. Porcentaje de personas participantes según horas diarias dedicadas al cuidado (2019-2021)



²⁶ En Avison et al. (2018) se habla de 7 años de media, y en Crespo, L. M., y López, M. (2017), de 5 años de media dedicados a cuidar de la persona dependiente.

La distribución de horas dedicadas al cuidado diario en la edición 2021²⁷ reveló que cerca de las tres cuartas partes (71 %) de las personas participantes lo hacían como mínimo 10 horas. Una dedicación y un esfuerzo muy importantes.²⁸

Figura 26. Porcentaje de personas participantes según las horas diarias dedicadas a los cuidados (2021)

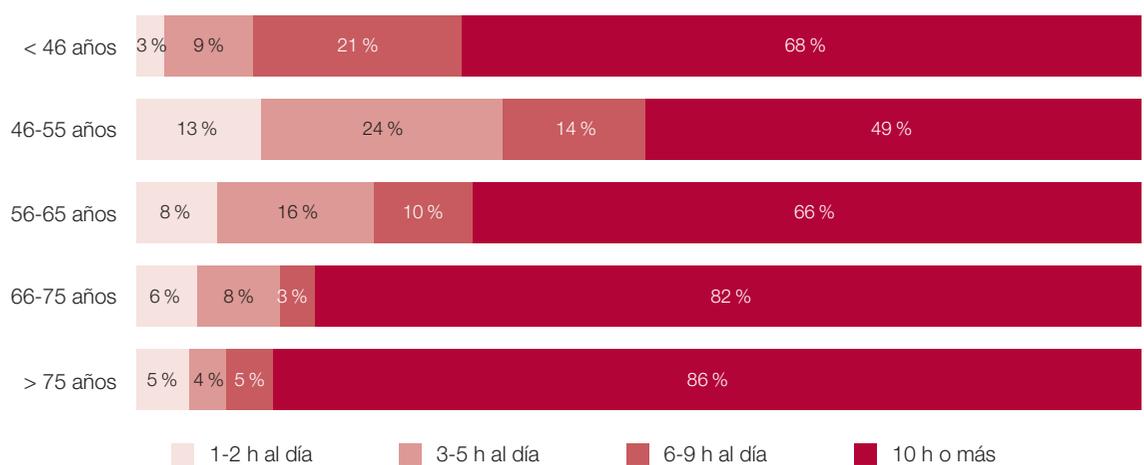


Los datos de horas diarias dedicadas a los cuidados no muestran una diferencia significativa en función del género.²⁹

En relación con los grupos de edad, en la edición de 2021 hubo una relación positiva entre edad del cuidador/a y el número de horas diarias dedicadas a los cuidados, excepto en el caso de las personas cuidadoras menores de 46 años.

Una gran proporción de las personas mayores de 66 años (82 % y 86 %) dedicaban como mínimo 10 horas al cuidado, mientras que de las cuidadoras de entre 46 y 55 años solo lo hacían la mitad (49 %). En cambio, la intensidad de la dedicación vuelve a subir en el grupo menor de 46 años.

Figura 27. Porcentaje de personas participantes según las horas diarias dedicadas a los cuidados y según el grupo de edad (2021)



²⁷ Esta alta dedicación diaria a los cuidados es coherente con lo averiguado por otros investigadores: Avison et al. (2018) hablan de 9 horas; Crespo, L. M. y López, M. (2017) de entre 10+ y 15 horas.

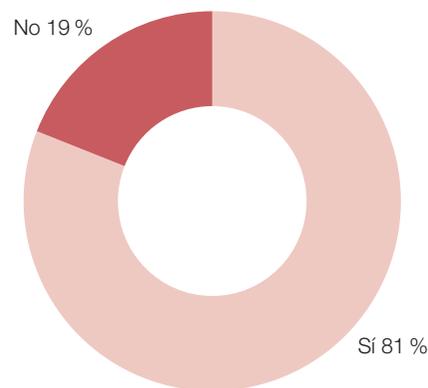
²⁸ Fruto del análisis previo de las ediciones de 2019 y 2020, se decidió afinar más la cuestión de las horas dedicadas a los cuidados; y, en cuanto a la franja superior, se pasó a preguntar si se dedicaban entre 6 y 9 horas al día o más de 10 horas. El resto de franjas se mantuvo igual.

²⁹ No obstante, la Fundación Pere Tarrés, en su estudio de 2020, destaca que las mujeres cuidadoras dedicaban de media 14,6 horas diarias a los cuidados, dos horas más que los hombres.

Convivencia con la persona cuidada

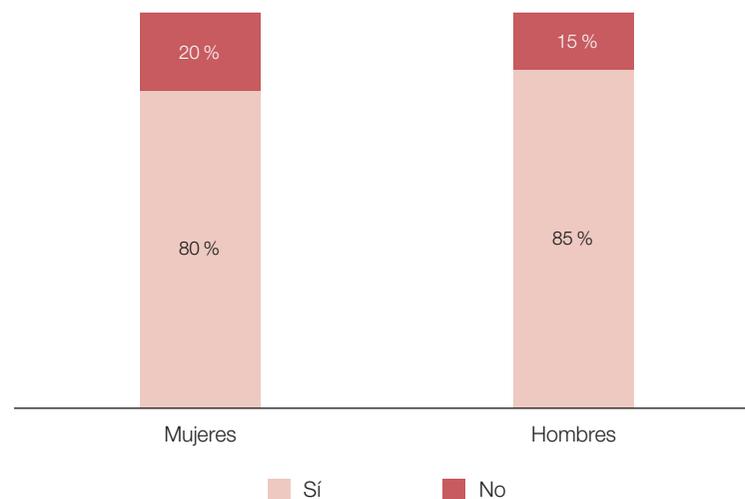
Tomando las tres ediciones en conjunto, el 81 % de las personas cuidadoras convivían con la persona cuidada. No se han detectado diferencias según las ediciones.³⁰

Figura 28. Porcentaje de personas participantes según convivencia con la persona cuidada (2019-2021)



Los datos muestran cómo, para las tres ediciones, los hombres convivían un poco más que las mujeres con las personas dependientes a cargo.

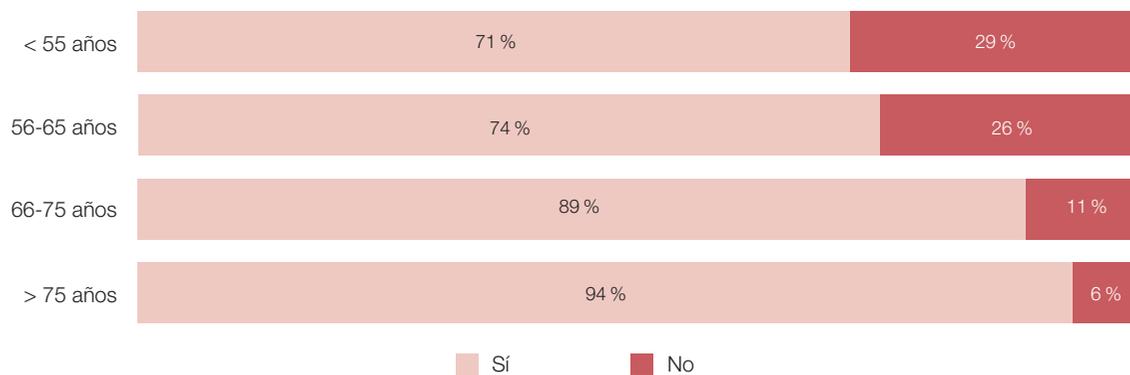
Figura 29. Porcentaje de personas participantes según convivencia y género (2019-2021)



En cuanto a la convivencia según el grupo de edad, a medida que las personas cuidadoras eran mayores tendían a vivir más con la persona cuidada: el 94 % de las personas que tenían más de 75 años convivían con la persona cuidada, mientras que entre las menores de 55 era del 71 %, 23 puntos porcentuales menos.

³⁰ Cuevas, D., et al. (coordinadores), 2014: 36 confirman la alta intensidad de convivencia entre las personas cuidadas y sus cuidadoras. «[...] Mayoritariamente el cuidado se realiza dentro del entorno familiar, siendo un miembro de la familia, el cuidador principal, el que asume las responsabilidades, en ocasiones sin que haya un acuerdo explícito con el resto de la familia. En nuestra Comunidad [Comunidad Autónoma de Valencia] el 75 % de las personas que cuidan tienen vínculos familiares con el receptor de cuidados».

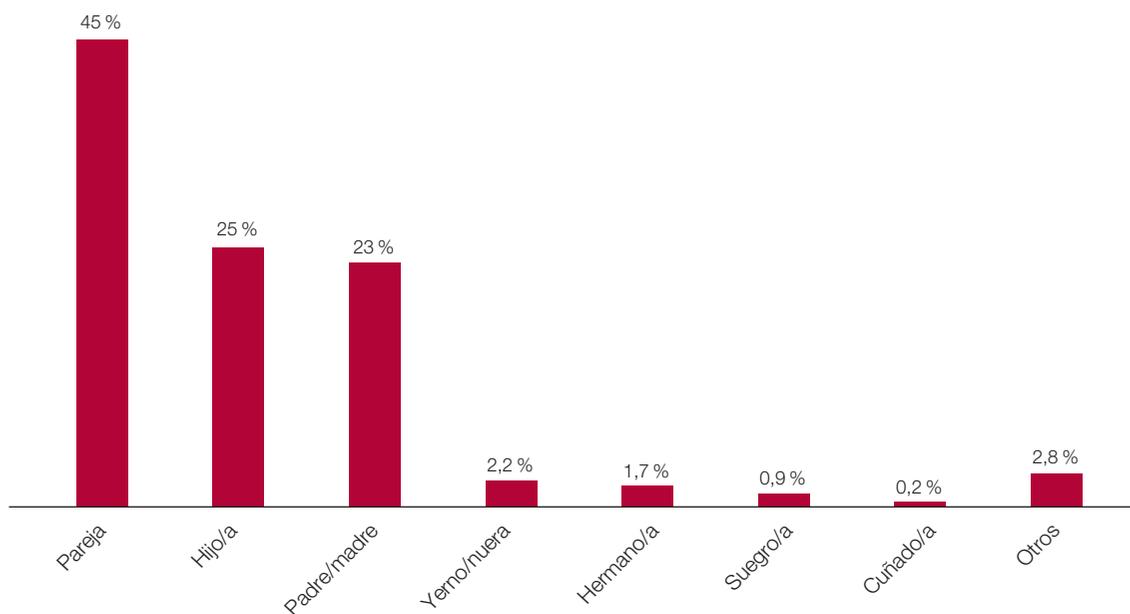
Figura 30. Porcentaje de personas participantes según convivencia y grupo de edad (2019-2021)



Parentesco con la persona cuidada

Mirando las tres ediciones conjuntamente, casi la mitad de las personas participantes cuidaban sobre todo de su pareja (45%), el 25% a un descendiente y el 23% a su padre o su madre.

Figura 31. Porcentaje de personas participantes según su parentesco con la persona cuidada (2019-2021)



Las mujeres tendían a hacerse más cargo de los descendientes y los ascendientes, mientras que los hombres cuidaban proporcionalmente más a su pareja.³¹

³¹ Desde una perspectiva similar, Cuevas, D., et al. (coordinadores) 2014 matizan estos datos: «Existen [...] diferencias de género importantes en el vínculo entre cuidador y receptor: la mayoría de los hombres tienen como cuidadores principales a sus esposas, mientras que las mujeres son cuidadas mayoritariamente por sus hijas o nueras» (página 37).

Figura 32. Porcentaje de personas participantes según el género y el parentesco con la persona cuidada (2019-2021)

	Pareja	Hijo/a	Padre/madre	Yerno/nuera	Hermano/a	Suegro/a	Cuñado/a	Otros
Mujeres	41 %	26 %	25 %	2 %	2 %	1 %		3 %
Hombres	59 %	19 %	15 %	3 %	2 %			2 %

En relación al grupo de edad, las personas mayores de 65 años tendían más a cuidar de sus parejas, mientras que las más jóvenes tendían a cuidar a descendientes o ascendientes.

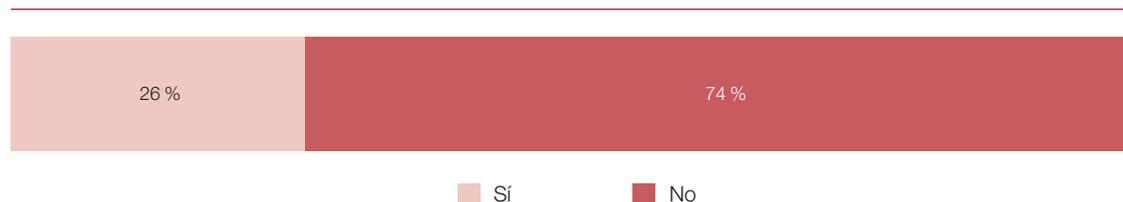
Figura 33. Porcentaje de personas participantes según el grupo de edad y el parentesco con la persona cuidada (2019-2021)

	Pareja	Hijo/a	Padre/madre	Yerno/nuera	Hermano/a	Suegro/a	Cuñado/a	Otros
< 55 años	7 %	49 %	32 %	3 %	2 %	2 %	1 %	4 %
56-65 años	23 %	29 %	39 %	4 %	1 %	1 %		3 %
66-75 años	66 %	13 %	14 %	2 %	3 %			2 %
> 75 años	91 %	4 %	2 %					2 %

Participación previa en otro GSAM

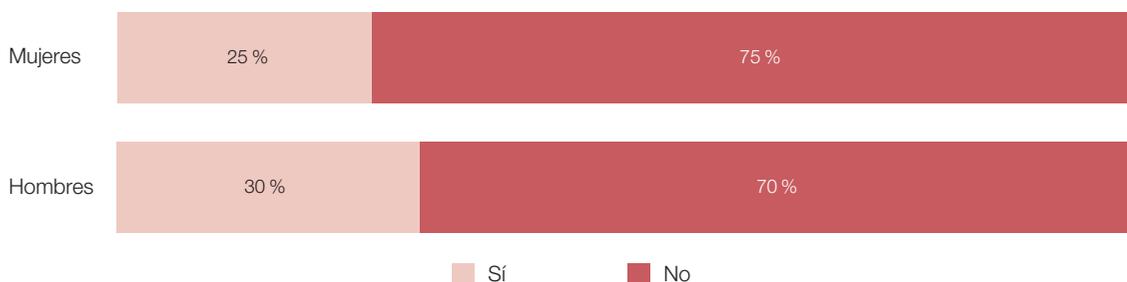
Tal como puede verse en la figura de abajo, el 26 % de las personas ya habían participado en alguna edición anterior de los GSAM. En la edición de 2021 la proporción fue exactamente la misma.

Figura 34. Porcentaje de personas participantes según participación previa en otro Grupo de Apoyo y Ayuda Mutua (2019-2021)



Los hombres habían participado 5 puntos más que las mujeres.

Figura 35. Porcentaje de personas participantes según participación previa en otro GSAM y según el género (2019-2021)



No se detecta una diferencia significativa según el grupo de edad en la participación previa en un Grupo de Apoyo emocional y Ayuda Mutua.

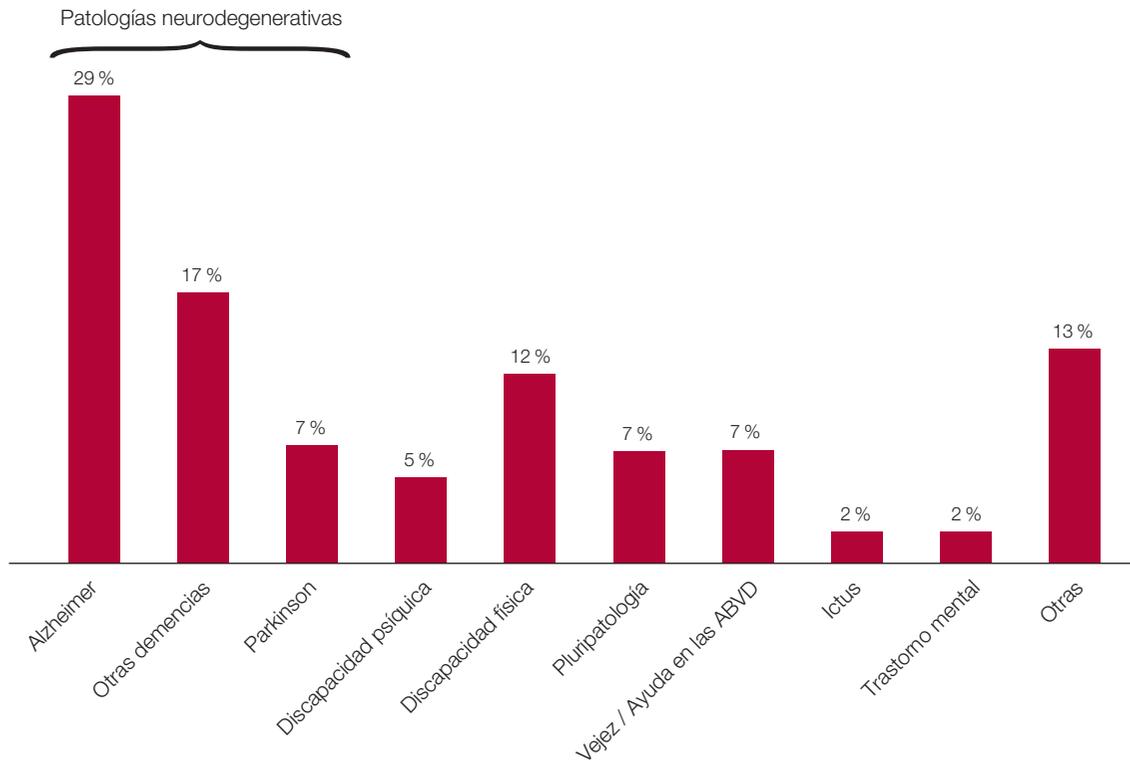
Tipología de patología o situación de las personas cuidadas

A los GSAM acudieron sobre todo personas que cuidaban a alguna persona con una patología neurodegenerativa (Alzheimer, otras demencias, Parkinson), que representaron el 53 % de las personas atendidas (y, entre ellas, el Alzheimer fue algo más de la mitad).

De hecho, las discapacidades físicas solo representaron el 12 % de las patologías, y la vejez³² el 7 %.

³² Para la edición de 2021 se revisó el término «vejez» y se acordó pasar a usar el concepto «vejez/ayuda en las ABVD», en que «ABVD» es el acrónimo de «Actividades Básicas de la Vida Diaria».

Figura 36. Porcentaje de personas participantes según la tipología o situación de las personas dependientes (2019-2021)



Acceso al centro

En la edición de 2021 se preguntó por primera vez cómo llegaban los asistentes al centro donde se celebraban las sesiones de GSAM.

Casi dos terceras partes de las personas participantes accedían a pie (63%), y un tercio (32%) en transporte privado.

Figura 37. Acceso al centro (2021)



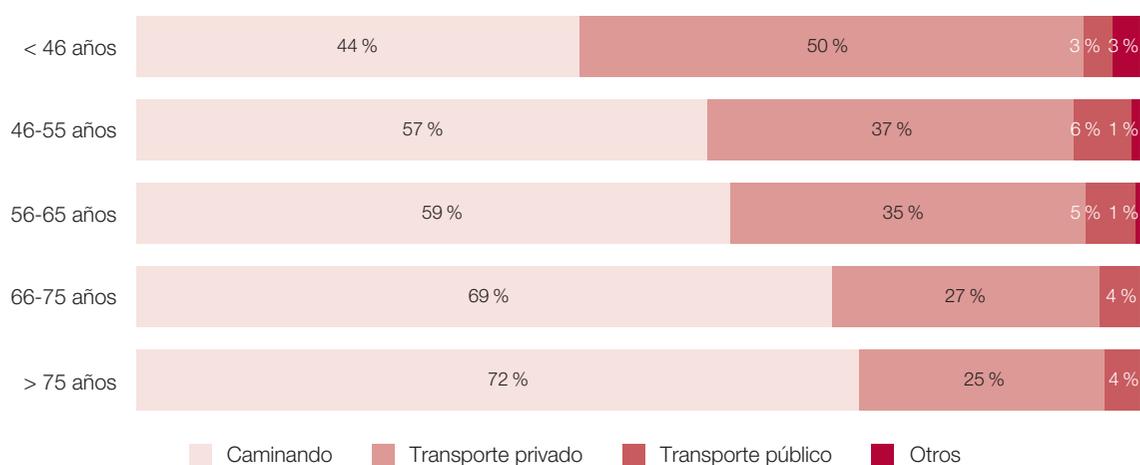
Las mujeres accedían al centro a pie más que los hombres.

Figura 38. Acceso al centro según el género (2021)



Teniendo en cuenta el grupo de edad, se detectó que, **cuantos más años, más se iba a pie al local donde se celebraban los GSAM**. Así, entre las personas menores de 46 años había aproximadamente las mismas que iban a pie o en coche privado, mientras que entre los mayores de 75 años tres cuartas partes (72 %) iba a pie y una cuarta parte en vehículo privado.

Figura 39. Acceso al centro según el grupo de edad (2021)



En esta edición se preguntó también sobre el tiempo que se tardaba en llegar al centro. **Tres cuartas partes (78 %) tardaban como máximo 15 minutos en llegar al centro. Y el 20 %, entre 16 minutos y media hora.** No había diferencias según el género ni el grupo de edad.

Figura 40. Tiempo que se tarda en llegar al centro (2021)

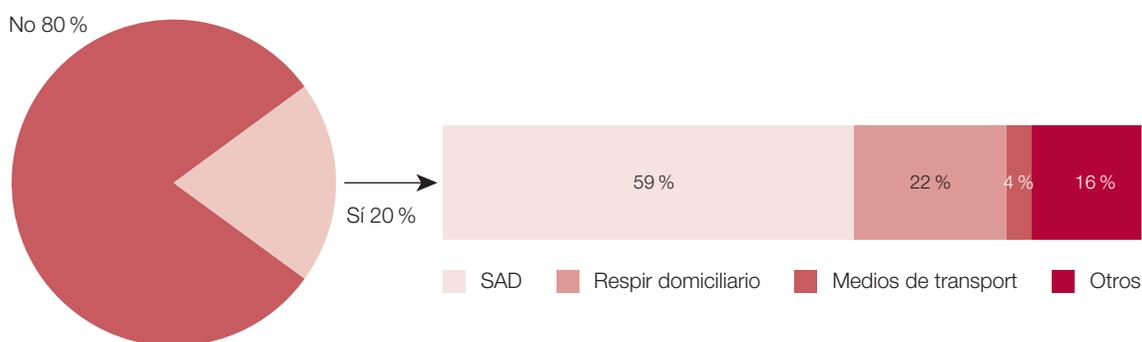


Recursos asignados a las personas cuidadoras para facilitar la participación

En la edición de 2021 se preguntó por primera vez si las personas participantes habían recibido algún recurso del ayuntamiento, consejo comarcal o ente supramunicipal que facilitara su participación en un GSAM: el 20 % de las personas tenían uno de asignado.

Entre los que tenían un recurso asignado, la mayoría afirmaban disponer (59 %) del «Servicio de Atención Domiciliaria» (SAD) y el 22 % de «Respir domiciliario» para la persona cuidadora.

Figura 41. Recursos asignados (2021)



Por género, las principales diferencias eran que los hombres (35 %) proporcionalmente tenían asignado mucho más «Respir domiciliario» que las mujeres (19 %), y que solo las mujeres tenían asignados «otros recursos» (19 %).

Según la edad, a medida que las personas cuidadoras tenían mayor edad, disponían menos del SAD y más del «Respir domiciliario». Así, el 88 % de las personas menores de 46 años disfrutaban de esta ayuda, y solo el 48 % de los mayores de 75 años. En cambio, ninguna persona menor de 46 años disponía de SAD, pero un 32 % de los mayores de 75 años sí.

La ayuda de traslado al centro («medios de transporte») estuvo destinada a participantes mayores de 66 años.

Figura 42. Recursos asignados según grupo de edad (2021)

	< 46 años	46-55 años	56-65 años	66-75 años	> 75 años
SAD	88 %	67 %	65 %	46 %	48 %
Respir domiciliario		13 %	19 %	31 %	32 %
Medios de transporte				12 %	4 %
Otros	13 %	21 %	15 %	12 %	16 %

4. Análisis de la satisfacción de las personas participantes en los GSAM

4.1. Introducción

El objetivo de este apartado es analizar la satisfacción de las **personas participantes** en los **Grupos de Apoyo emocional y Ayuda Mutua** de la edición de 2021, y la evolución de estas percepciones respecto a los años 2019 y 2020.

La encuesta de satisfacción de los GSAM a los participantes se realizó mediante un cuestionario en papel, que cumplimentaban de forma presencial al final de la última sesión.

Las preguntas se distribuían por **bloques temáticos**,³³ concretamente:

- **Datos generales**, haciendo referencia al perfil sociodemográfico de las personas encuestadas (género, edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios y situación laboral) y el acceso al GSAM (*bloque nuevo en la edición 2021*).
- **Sobre la actividad**, en el que se recogían enunciados sobre la información previa recibida, los contenidos, la experiencia y la resolución de dudas.
- **Sobre el/la conductor/a del grupo**, en que se preguntaba sobre los conocimientos que tenía de la materia, el fomento del clima participativo y la buena disposición a aclarar dudas.
- **Sobre las instalaciones**, sobre la facilidad para acceder al centro y las condiciones y el confort de la sala.
- **Satisfacción de la persona cuidadora**, en la que se preguntaba por la satisfacción propia de la persona participante a partir de la respuesta que había recibido a las necesidades, los aprendizajes para entender mejor la situación y el bienestar físico y psicológico obtenido.

³³ La distribución de los bloques temáticos presentada sigue la estructura del informe. En el cuestionario, el orden de los bloques temáticos era diferente, según la lógica de facilitar el flujo de respuestas. Por otra parte, no se hace referencia a la pregunta sobre valoración del funcionamiento virtual de los GSAM, ya que todos fueron presenciales y, por tanto, no respondieron a la pregunta. Ver el anexo 4: Encuesta de satisfacción a las personas participantes.

- **Sobre la organización**, en términos de duración, horario y periodicidad.
- **Valoración global del grupo**, en una escala del 0 al 10. En este apartado se incluyen las propuestas de mejora recogidas.
- **Temas y contenido de los GSAM**, sobre la utilidad de los temas tratados (*bloque nuevo en la edición 2021*).
- **Otros servicios de apoyo**, sobre las actividades y servicios que necesitarían para poder asistir a los GSAM (*bloque nuevo en la edición 2021*).

El cuestionario empleado se basaba en los modelos de satisfacción de las ediciones 2019 y 2020 para analizar, en la medida de lo posible, la evolución de las percepciones sobre la satisfacción respecto a estas ediciones. Los bloques referentes a «datos generales», «temas y contenido de los grupos» y «servicios de apoyo» fueron nuevos ámbitos incluidos en el cuestionario de 2021.

En la edición de 2021 participaron 555 personas, y 416 contestaron la encuesta de satisfacción final (75 % de tasa de respuesta).³⁴

El 100 % de los GSAM realizados durante 2021 fueron en formato presencial.³⁵

4.2. Resultados de la encuesta a las personas participantes

Datos sociodemográficos

En este primer apartado se analizan las **características de las personas que contestaron a la encuesta** a partir de la información sociodemográfica recogida, con el objetivo de conocer la coincidencia con el perfil de las personas participantes.

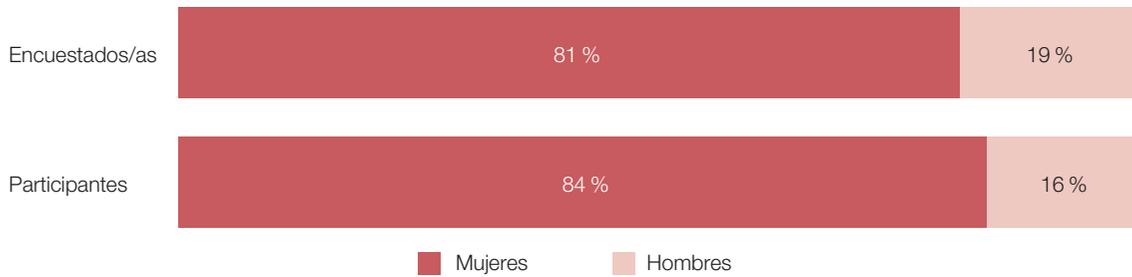
Se observa que **las características de las personas encuestadas encajaban con el perfil de participantes en los GSAM de la edición de 2021**.

La mayoría de las personas participantes encuestadas eran **mujeres (81 %)**.

³⁴ En la edición de 2019, la tasa de respuesta fue del 67 % (830 personas participantes, 560 contestaron la encuesta), y en la edición de 2020 fue del 82 % (234 participantes, de los cuales 193 contestaron la encuesta).

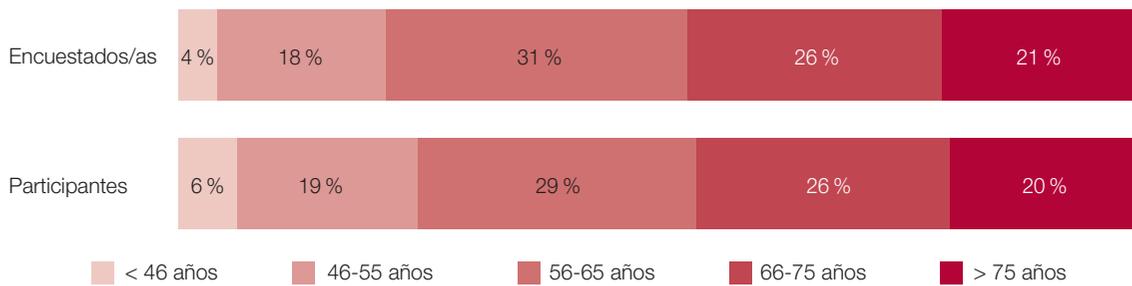
³⁵ En 2020 tuvo lugar la pandemia por el COVID-19, que comportó restricciones y cambios en el formato de las sesiones de los grupos. Ver el apartado 2. Análisis de la organización de las sesiones.

Figura 43. Género. Encuestados/as y participantes (2021)



Por edad, la distribución de los grupos fue similar a la de los participantes. Los tramos de edad con más encuestados se encontraban entre los 56 y los 75 años.

Figura 44. Edad. Encuestados/as y participantes (2021)



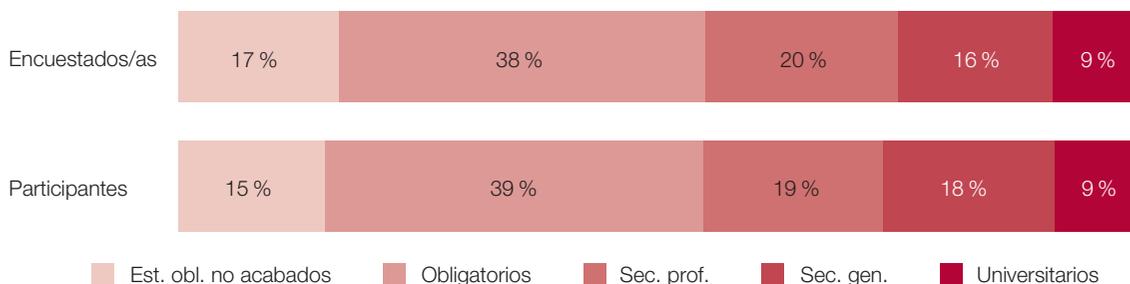
Habían nacido principalmente en Cataluña (61 %), y un 35 % en el resto de España.

Figura 45. Lugar de nacimiento. Encuestados/as y participantes (2021)



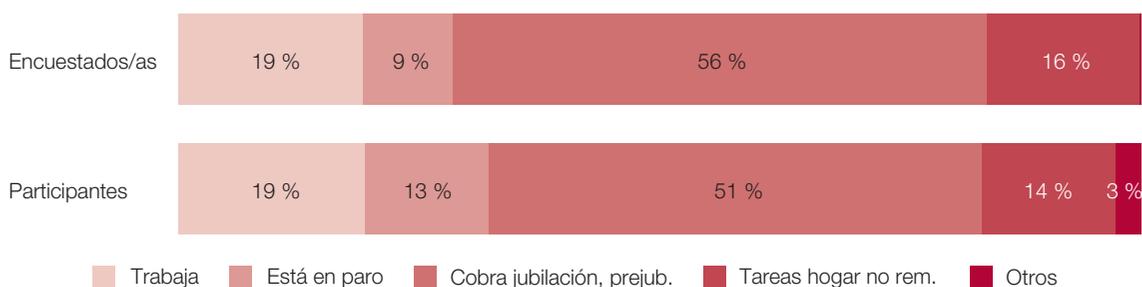
En cuanto al nivel de estudios, el 38 % tenía estudios obligatorios, y el 36 % secundarios (ya fueran generales o profesionalizadores).

Figura 46. Nivel de estudios. Encuestados/as y participantes (2021)



Según la situación laboral, la **distribución de los encuestados encajaba con la de los participantes**, aunque con mayor incidencia de los que se encontraban en situación de jubilación o prejubilación (56 %).

Figura 47. Situación laboral. Encuestados/as y participantes (2021)



En cuanto a la convivencia con la persona en situación de dependencia, **la mayoría respondió que convivían con ella (79 %)**. Encajando también con el perfil general de los participantes, los hombres encuestados decían convivir con la persona más que las mujeres.

Figura 48. Convivencia con la persona en situación de dependencia. Encuestados/as y participantes (2021)

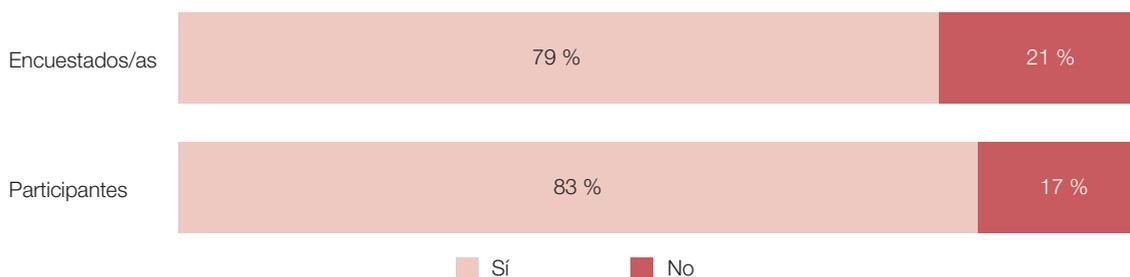
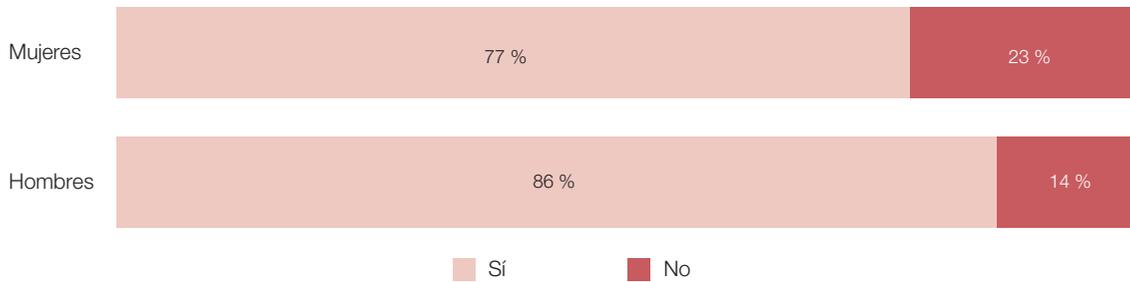


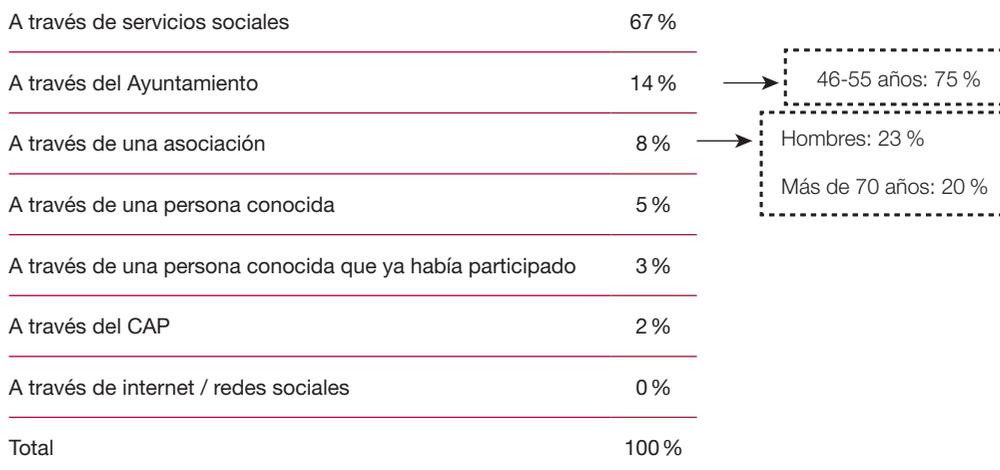
Figura 49. Convivencia con la persona en situación de dependencia según género (encuestados/as)



Acceso al GSAM

La mayoría de las personas participantes había conocido los GSAM a través de los servicios sociales (67%). Entre las personas de 46 a 55 años, la incidencia de esta vía de acceso era mayor (75%). También destacaba el acceso a través del Ayuntamiento entre los hombres (23%) y entre los mayores de 70 años (20%).

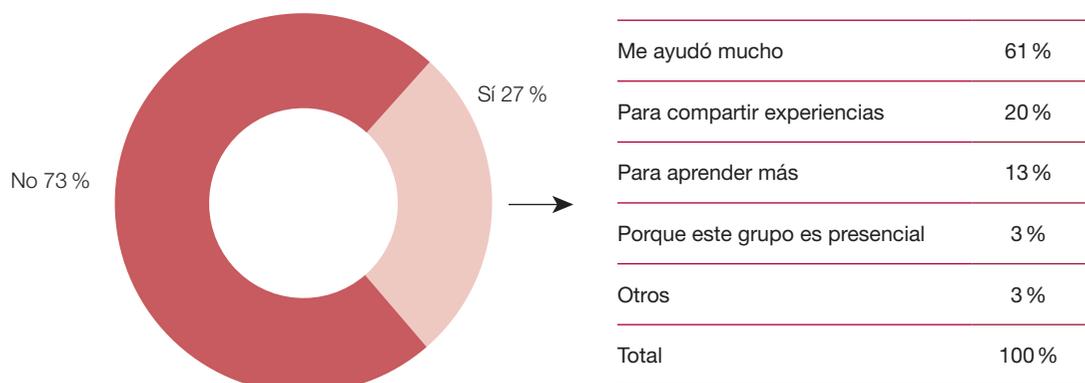
Figura 50. Cómo conoció la existencia del grupo. Encuestados/as (2021)



Participación previa en un GSAM

Para la mayoría de las personas encuestadas, la edición de 2021 fue la primera vez que participaban en un GSAM. Por el contrario, 1 de cada 4 repetía, siendo los principales motivos para volver a participar el que les ayudó mucho (61%), compartir experiencias (20%) y aprender más (13%).

Figura 51. Participación previa en otro GSAM y motivos por los que ha vuelto a participar. Encuestados/as (2021)



Por género, los hombres repitieron ligeramente más que las mujeres. Y se observan algunas diferencias en los motivos por los que volvieron a participar: aunque tanto hombres como mujeres apuntaban principalmente que les ayudó mucho en general, los hombres hicieron más referencia que las mujeres al aprendizaje (25 % y 11 % respectivamente), mientras que las mujeres apuntaban más que los hombres el hecho de compartir experiencias (20 % y 13 % respectivamente).

Figura 52. Participación previa según género. Encuestados/as (2021)

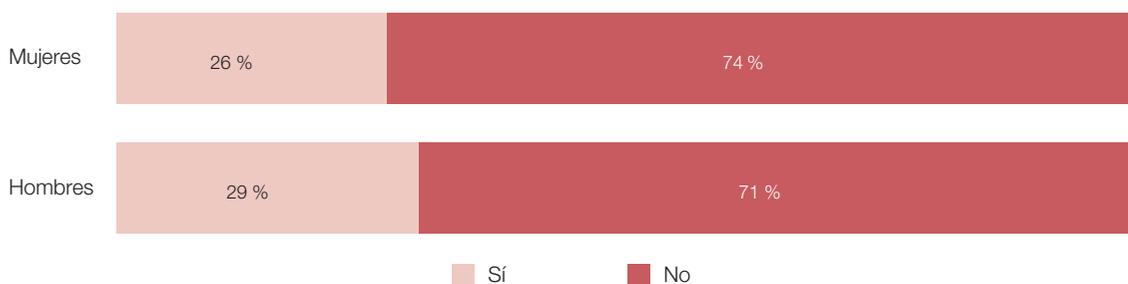


Figura 53. Motivos por los que ha vuelto a participar, según género. Encuestados/as (2021)

	Mujer	Hombre
Me ayudó mucho	64 %	50 %
Para compartir experiencias	20 %	13 %
Para aprender más	11 %	25 %
Porque este grupo es presencial	1 %	13 %
Otros	4 %	0 %
Total	100 %	100 %

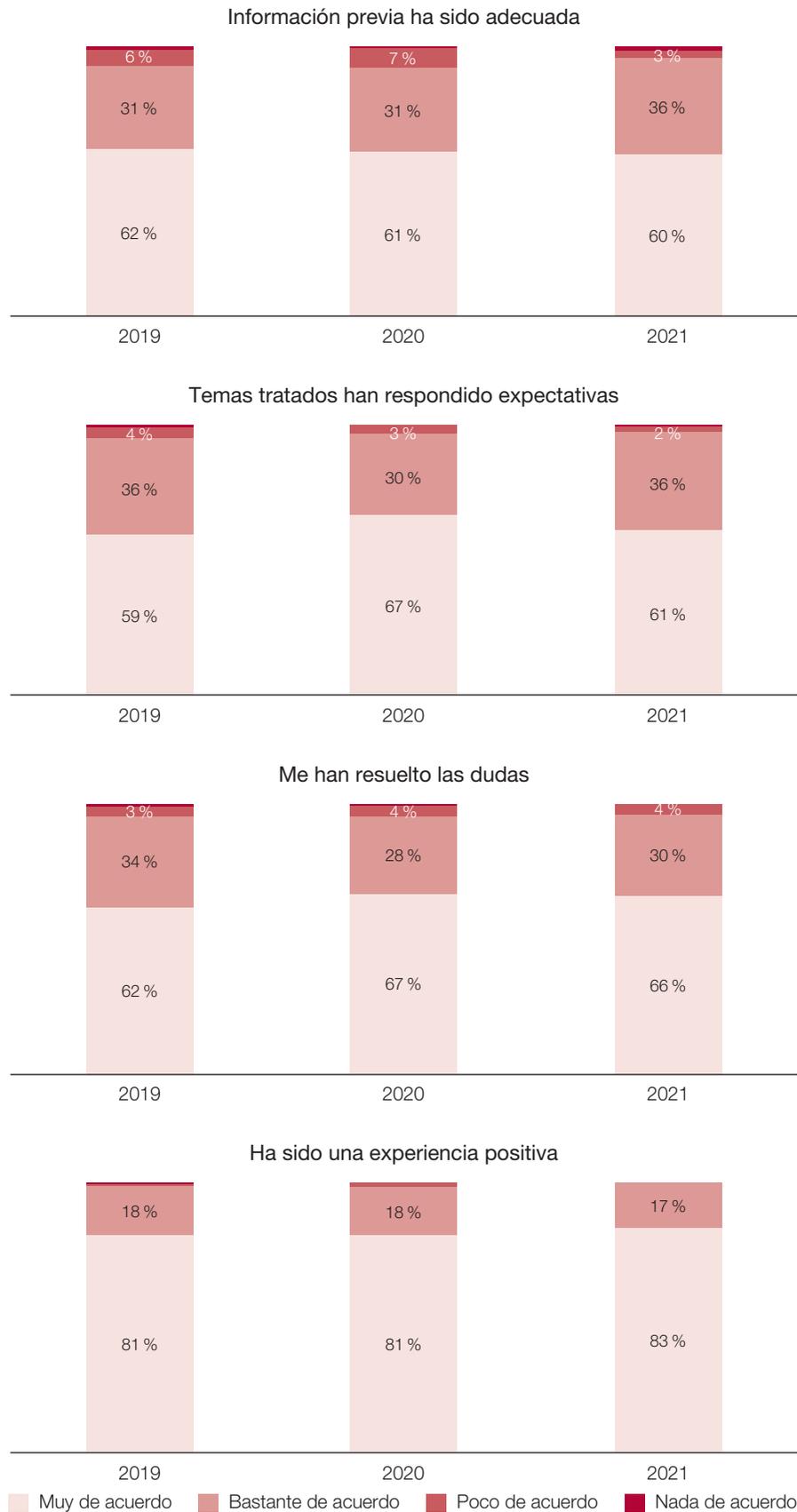
Valoración de la actividad

La actividad de los GSAM se valoró a partir de los siguientes ámbitos:

- La información previa al grupo ha sido adecuada.
- Los temas tratados han respondido a mis expectativas.
- En todo momento han resuelto las dudas que he tenido.
- Creo que el grupo ha sido una experiencia positiva.

La satisfacción con la actividad, que ya estaba muy bien valorada en las ediciones anteriores, **se mantuvo muy elevada en estas cuatro dimensiones**, especialmente la valoración del grupo como **experiencia positiva** por la persona participante, con un 83 % muy de acuerdo con el enunciado.

Figura 54. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre la actividad. Evolución 2019-2021



Valoración del/la conductor/a del grupo

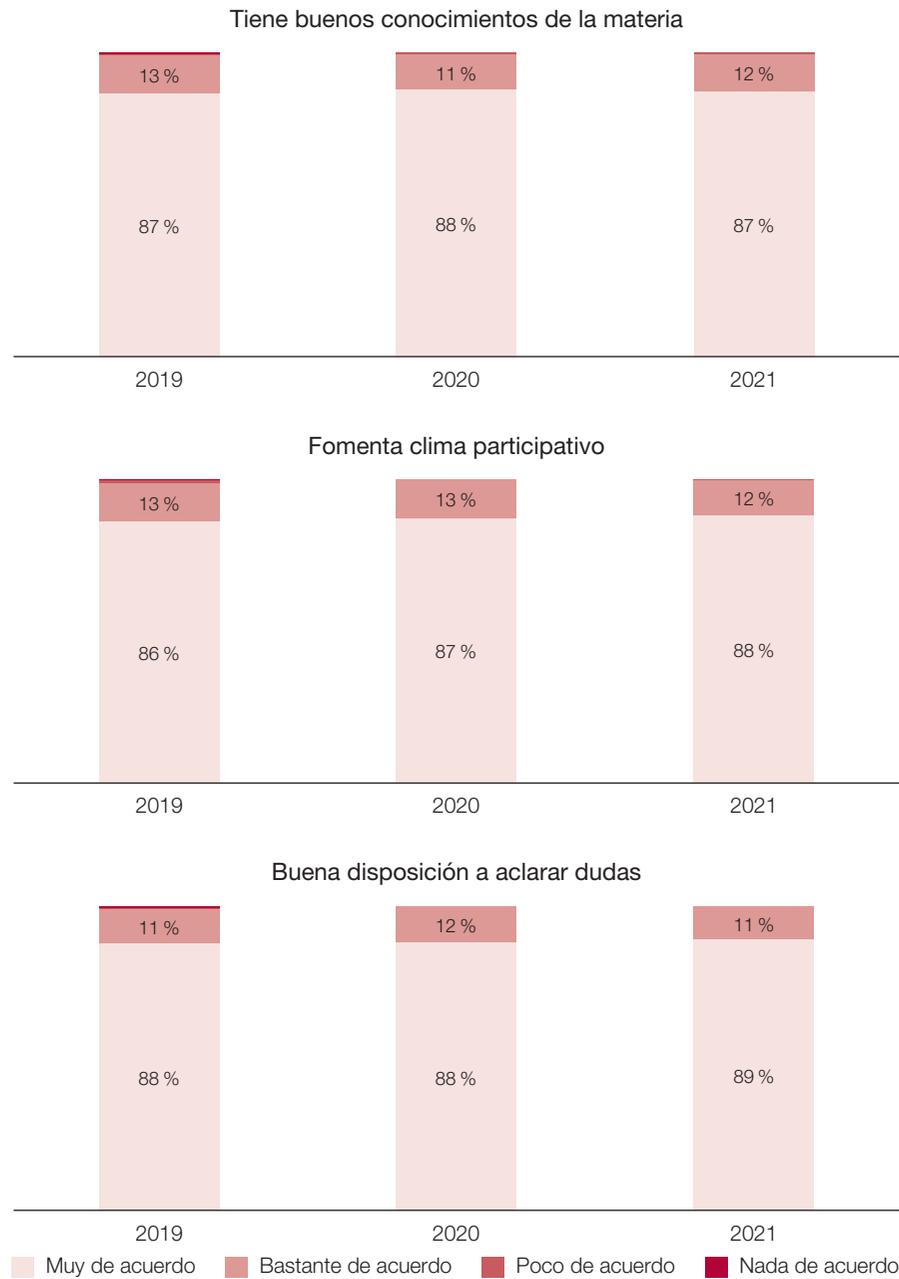
Sobre los y las profesionales que conducían los GSAM se valoraron los siguientes aspectos:

- Tiene buenos conocimientos de la materia.
- Fomenta un clima participativo.
- Manifiesta buena disposición a aclarar dudas.

La **satisfacción con la labor profesional fue casi total** y muy elevada: más del 87 % de los encuestados estuvieron muy de acuerdo en que los y las profesionales tenían buenos conocimientos de la materia, habían fomentado un clima participativo y habían manifestado una buena disposición a aclarar dudas.

En relación con los años anteriores y la evolución de las valoraciones, el ámbito de los y las profesionales se mantuvo como **el mejor valorado**.

Figura 55. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre el/la conductor/a del grupo. Evolución 2019-2021



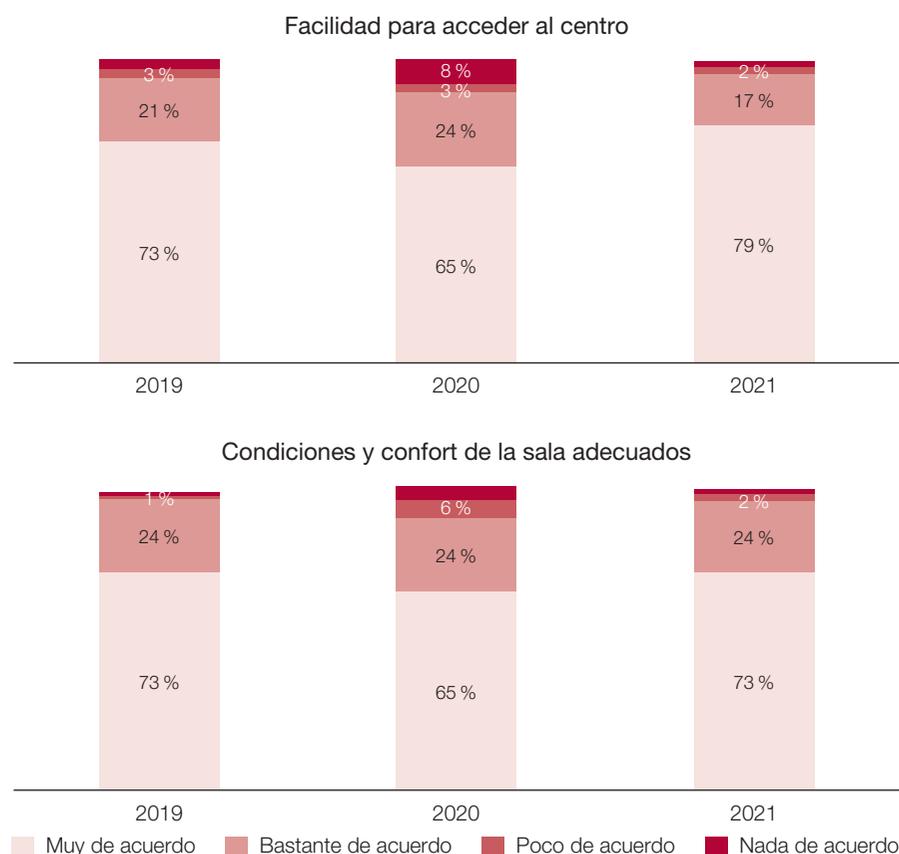
Valoración de las instalaciones

La valoración de las instalaciones se concretaba en los siguientes aspectos:

- Hay facilidad para acceder al centro (el transporte público llega, se puede ir a pie).
- Las condiciones y el confort de la sala donde se reúne el grupo son adecuados.

En este ámbito la **satisfacción también fue mayoritaria**, y, de hecho, en relación con los años anteriores, se puede considerar que la valoración mejoró: el grado de «muy de acuerdo» superaba el 73 % en 2021 en ambos aspectos.

Figura 56. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre las instalaciones. Evolución 2019-2021



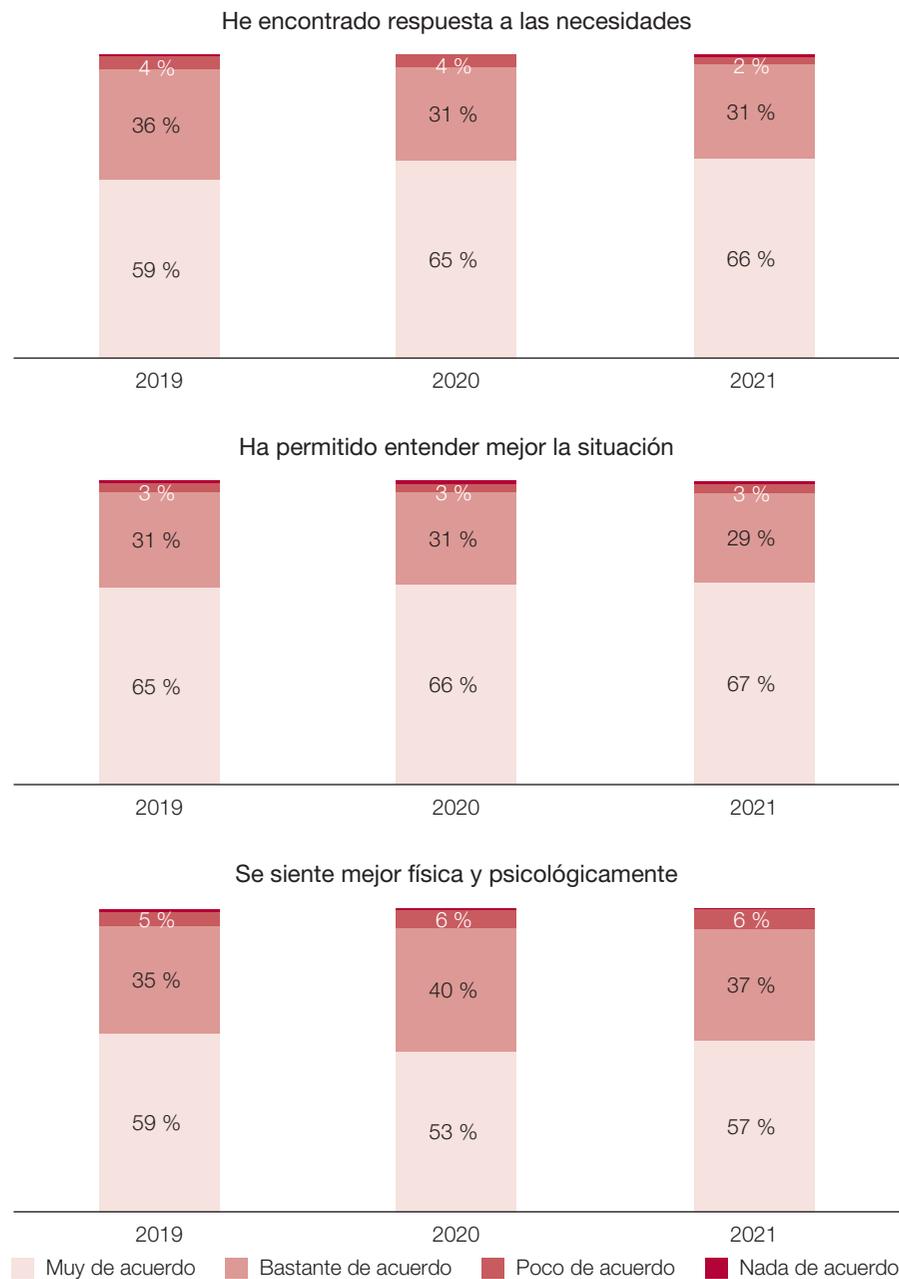
Satisfacción de la persona cuidadora

El bloque sobre la satisfacción de la persona cuidadora hacía referencia a diferentes aspectos relacionados directamente con el bienestar de la persona y la comprensión de la situación.

- Ha encontrado respuestas a las necesidades que le/la motivaron a participar en el grupo.
- La asistencia al grupo le ha permitido entender mejor la situación de la persona que está cuidando.
- Desde que participa en el grupo se siente mejor física y psicológicamente.

La satisfacción de la persona cuidadora se mantuvo muy elevada, y continuaban expresando un acuerdo mayoritario en que el grupo había dado respuesta a sus necesidades, en que les había permitido entender mejor la situación de la persona a la que cuidaban, y que le había supuesto una mejora física y psicológica.

Figura 57. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre la satisfacción de la persona cuidadora. Evolución 2019-2021



Valoración de la organización

Finalmente, las cuestiones organizativas y la recomendación del grupo a otras personas se concretaban en los siguientes enunciados:

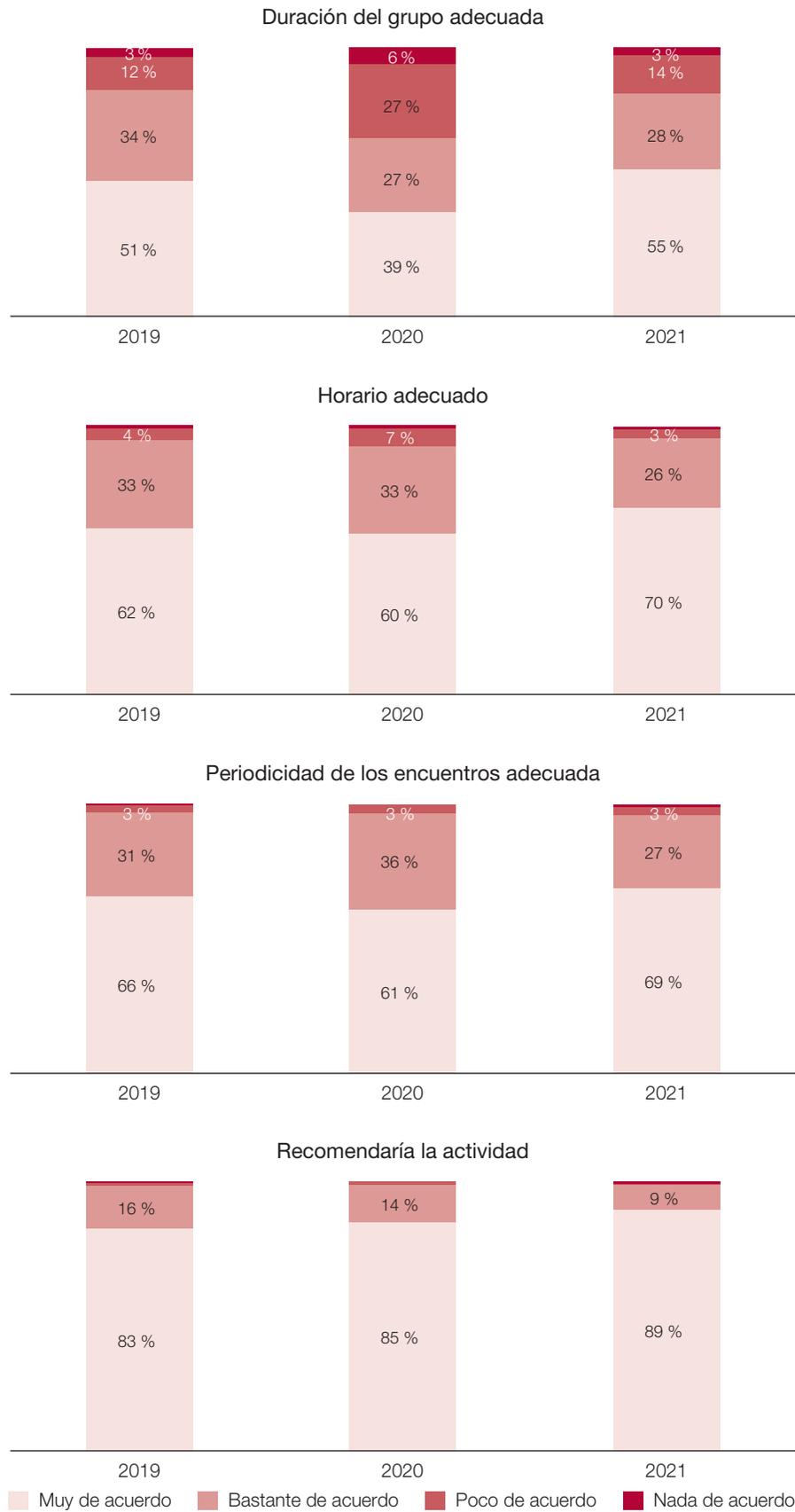
- La duración de la actividad del grupo ha sido adecuada.
- El horario ha sido adecuado.
- La periodicidad de los encuentros del grupo ha sido adecuada.
- Recomendaría el grupo a otra persona cuidadora.

En el ámbito organizativo, la satisfacción fue general en todos los aspectos planteados, sobre todo en lo que se refiere al **horario y la periodicidad**. Asimismo, casi la totalidad de las personas encuestadas **recomendarían la actividad (99 %)**.

Sin embargo, en 2021 se produjo un **17 % de desacuerdos con la duración del grupo**, volviendo al nivel detectado en 2019, en que el contexto era similar.³⁶

³⁶ En 2020 tuvo lugar la pandemia por el COVID-19, y las condiciones de las personas cuidadoras, en un contexto de confinamiento total, habrían podido empeorar. Asimismo, en 2020 el número de sesiones de algunos GSAM se vio reducida por las restricciones de la pandemia.

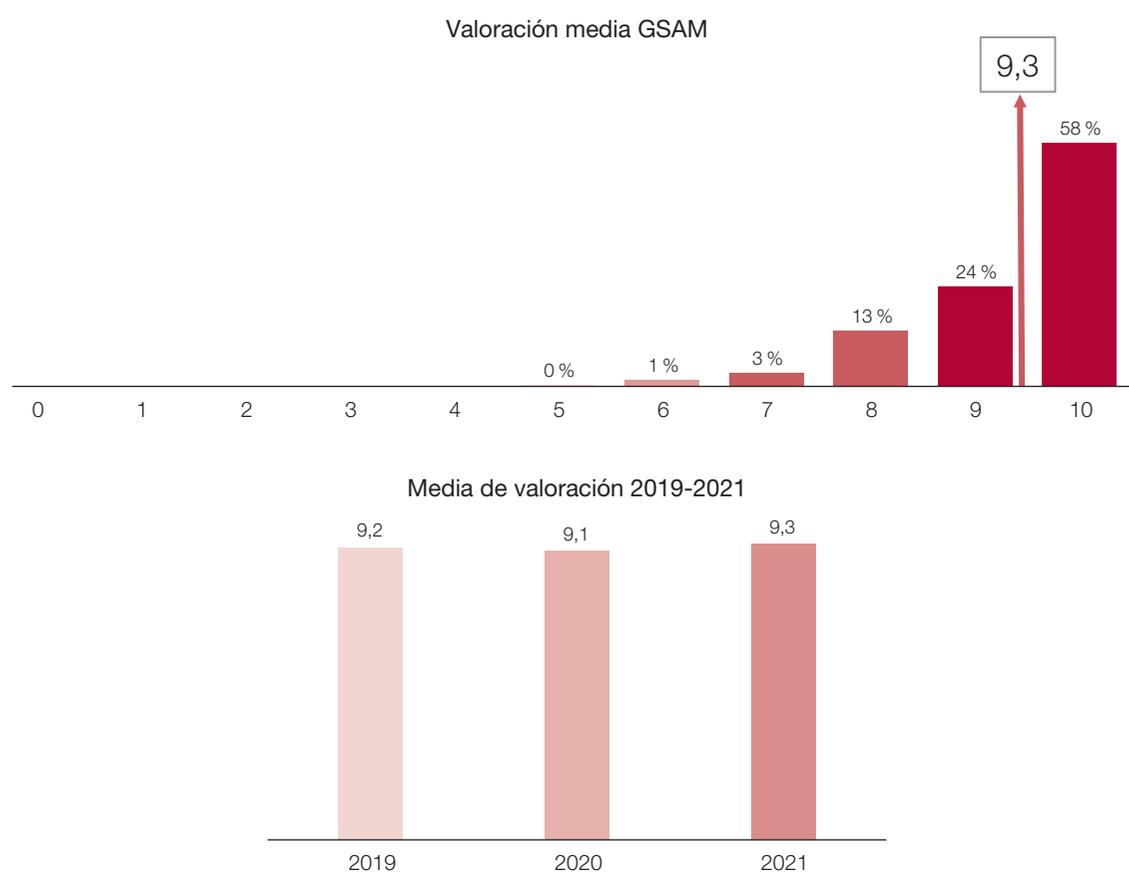
Figura 58. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre la organización. Evolución 2019-2021



Valoración global

Las buenas valoraciones apuntadas por ámbitos se tradujeron en una **valoración media de 9,3** sobre 10, manteniendo el nivel de satisfacción por encima del 9 observado en los años anteriores. A nivel global, las mujeres (9,4) valoraron los GSAM mejor que los varones (8,9).

Figura 59. Valoración media Grupos de Apoyo emocional y Ayuda Mutua (2021)



Propuestas de mejora

A la hora de especificar, de forma abierta y espontánea, qué es lo que mejorarían del grupo en el que participaron, el 40 % hicieron referencia a ampliar la duración del grupo; esta fue claramente la propuesta más referenciada.

«Estaría bien hacer más sesiones» (respuesta literal)

«Ha sido corto» (respuesta literal)

En un segundo término, y con el 9 % de referencias, se pedía más continuidad durante el año...

«Que fuera todo el año» (respuesta literal)

«Yo no lo haría intensivo. A lo largo de todo el año, 2 veces al mes»
(respuesta literal)

...y más temas en las sesiones³⁷ (tanto desde el punto de vista médico, para tratar mejor los procesos de la enfermedad, como de apoyo en temas administrativos y burocráticos).

«Más información para canalizar la situación» (respuesta literal)

«información de cómo conseguir ayudas» (respuesta literal)

En términos generales, las propuestas de mejora más citadas hacían referencia a aspectos organizativos de la actividad.

Figura 60. Propuestas de mejora. % sobre respuestas (2021)

Ampliar la duración del grupo	40 %	Organización
Más continuidad durante el año	9 %	Organización
Incluir más temas en las sesiones	9 %	Actividad
Que hubiera más participantes	7 %	Organización
Cambiar el horario	2 %	Organización
Que el grupo fuese más heterogéneo	2 %	Actividad
Que el grupo fuese más homogéneo	2 %	Actividad
Regular las dinámicas de funcionamiento del grupo	2 %	Organización
La comunicación previa y durante el curso	1 %	Organización
Mejorar instalaciones y equipamientos	1 %	Instalaciones
Mejorar la detección de necesidades de los participantes	1 %	Organización
Otros	5 %	
Nada	20 %	
Total	100 %	

En las ediciones anteriores las propuestas de mejora no estaban recogidas en una pregunta concreta, sino que se recogían en un último apartado abierto del cuestionario, en

³⁷ Ver también el apartado 4.2. Resultados de la encuesta a las personas participantes. Valoración de los temas tratados y el contenido de los GSAM.

el que las personas encuestadas podían expresar lo que creían oportuno sin ninguna temática predeterminada.³⁸

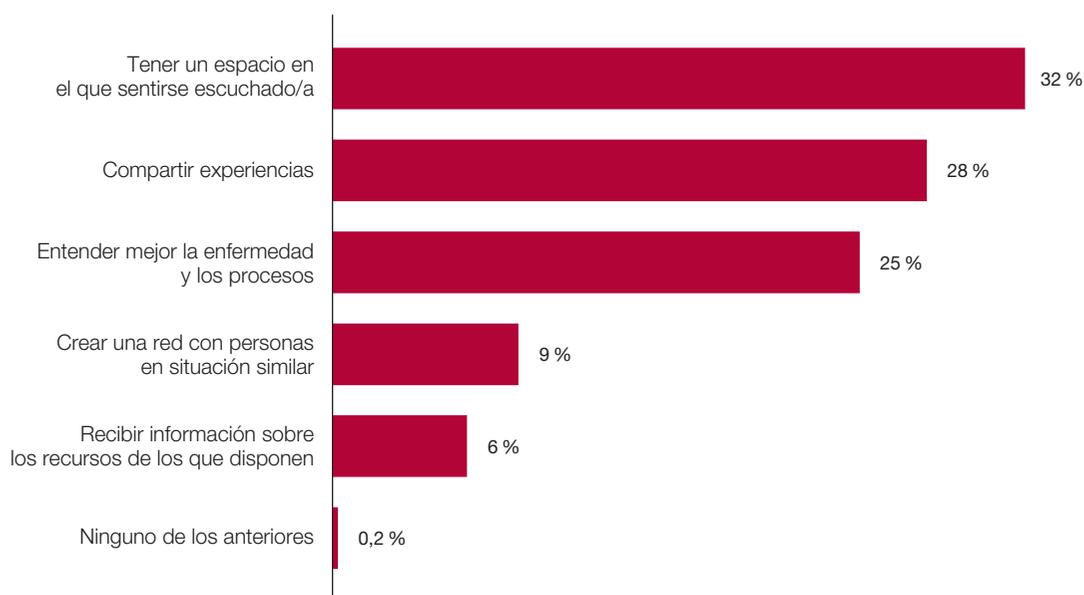
Se observó que las **propuestas de mejora principales** apuntadas en la edición de 2021 coincidían con comentarios de las ediciones de 2019 y de 2020, y se repetía la referencia a la **duración insuficiente**.

Valoración de los temas tratados y el contenido de los GSAM

En el cuestionario de 2021 se introdujo un nuevo bloque sobre los temas tratados y el contenido de los GSAM.

A través de una pregunta cerrada con diferentes opciones, se les pidió a las personas participantes que señalaran cuál de los temas tratados les había resultado más útil. Así, los más mencionados fueron **tener un espacio donde sentirse escuchado/a (32 %)**, seguido por el hecho de **compartir experiencias (28 %)** y de **entender mejor la enfermedad y los procesos (25 %)**.

Figura 61. Tema que ha resultado más útil (solo una respuesta) (2021)



Por género, las mujeres apuntaron más que los hombres el hecho de tener un espacio en el que sentirse escuchadas (33 %), y los hombres señalaron más el compartir experiencias (35 %).

³⁸ Concretamente, el enunciado del campo abierto era «Comentarios que desee añadir».

Figura 62. Temas que resultaron más útiles, por género (2021)

	Mujer	Hombre
Tener un espacio en el que sentirse escuchado/a	33 %	28 %
Compartir experiencias	26 %	35 %
Entender mejor la enfermedad y los procesos	26 %	19 %
Crear una red con personas en situación similar	9 %	9 %
Recibir información sobre los recursos de los que disponen	6 %	9 %
Ninguno de los anteriores	0 %	0 %
	100 %	100 %

Por edad también se detectaron ciertas diferencias. Los menores de 46 años señalaron más el entender mejor la enfermedad (41 %) y el compartir experiencias (35 %), y entre los 46 y los 65 años valoraron tener un espacio en el que sentirse escuchado/a (más del 36 %). Se observa también que a partir de los 66 años destacaron más que el resto la utilidad del grupo para crear una red de personas en situación similar (más del 10 %) y, entre los mayores de 75 años, el recibir información sobre los recursos de que disponen (12 %).

Figura 63. Temas que resultaron más útiles, por edades (2021)

	Menos 46 años	46-55 años	56-65 años	66-75 años	Más 75 años
Tener un espacio en el que sentirse escuchado/a	24 %	45 %	36 %	30 %	21 %
Compartir experiencias	35 %	22 %	29 %	29 %	28 %
Entender mejor la enfermedad y los procesos	41 %	19 %	26 %	23 %	26 %
Crear una red con personas en situación similar	0 %	8 %	6 %	10 %	13 %
Recibir información sobre los recursos de los que disponen	0 %	5 %	3 %	7 %	12 %
Ninguno de los anteriores	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

En general, el contenido de los GSAM fue considerado adecuado: el 60 % de las personas respondieron que no consideraban que hubiese dejado de tratarse ningún tema importante, validando así, en cierto modo, los temas tratados.³⁹

³⁹ Aun así, hay que recordar que las preguntas abiertas y espontáneas acostumbran a tener niveles elevados de no respuesta dadas las dificultades que comporta el contestar a esta clase de preguntas.

Figura 64. Temas importantes que se consideró que no habían sido tratados en el GSAM (N = 80) (2021)

Sí, sin especificar	11 %
Orientaciones sobre temas médicos	6 %
Herramientas de gestión emocional	5 %
Orientaciones en temas administrativos	5 %
El maltrato a la persona cuidadora	4 %
La muerte / Eutanasia	3 %
Las conductas disruptivas	3 %
La imagen social de la figura cuidadora	1 %
Suporte a los/as enfermos/as jóvenes	1 %
Otros	1 %
Nada	60 %
	100 %

Un 11 % señaló que sí que había temas que no se habían tratado, pero sin especificar cuál en concreto echaron de menos.

Entre los que sí hicieron **propuestas de nuevas temáticas concretas** destacan las **orientaciones sobre temas médicos (6 %)**, las **herramientas de gestión emocional (5 %)** y las **orientaciones en temas administrativos y burocráticos (5 %)**.

«Cuidados de tipo físico» (respuesta literal)

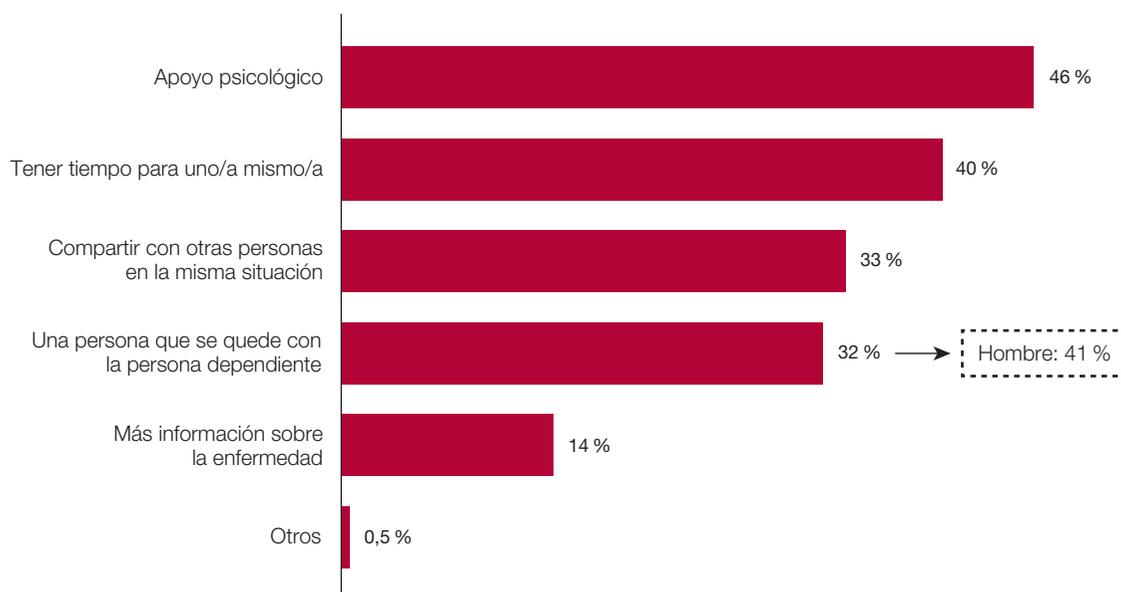
«Aprender a desconectar y relajarme» (respuesta literal)

«Me ha quedado corto el tema de la inhabilitación» (respuesta literal)

Otras actividades o servicios de apoyo necesarios

Por último, para conocer qué otras actividades o servicios de apoyo necesitaban en su labor cuidadora, se pidió que señalaran los servicios (un máximo de dos) que consideraran más necesarios de entre una lista cerrada de opciones.

Los **otros servicios de apoyo más necesarios**, de entre las propuestas planteadas, fueron **recibir apoyo psicológico (46 %)**, seguido de **tener tiempo propio (40 %)**. Alrededor del 30 % también apuntó el compartir con otras personas en situación similar y el que una persona se quedara con la persona dependiente.

Figura 65. Otras actividades o servicios de ayuda necesarios. Respuesta múltiple (2021)

Por género, y aunque tanto hombres como mujeres coincidieron en las dos necesidades más mencionadas (apoyo psicológico y disponer de tiempo), se observa que los hombres señalaron más que las mujeres la necesidad de tener una persona de apoyo que se quedara con la persona dependiente (41 %).

Figura 66. Otras actividades o servicios de ayuda necesarios, por género. Respuesta múltiple (2021)⁴⁰

	Mujer	Hombre
Apoyo psicológico	47 %	42 %
Tener tiempo para uno/a mismo/a	39 %	42 %
Compartir con otras personas en la misma situación	35 %	24 %
Una persona que se quede con la persona dependiente	29 %	41 %
Más información sobre la enfermedad	13 %	19 %
Otros	1 %	0,0 %
	164 %	168 %

⁴⁰ En las preguntas de respuesta múltiple los encuestados podían contestar más de un tema. Es por ello que la suma de las respuestas es superior al 100 %.

5. Análisis de la satisfacción de las personas conductoras de los GSAM

5.1. Introducción

El **objetivo** de este apartado es analizar la satisfacción de las **personas conductoras** de los GSAM en relación con el funcionamiento y la actividad del grupo.

La encuesta a las personas conductoras de los GSAM se realizó por primera vez en la edición de 2021, mediante un **formulario en línea** elaborado con recursos de la Diputación de Barcelona. Cada profesional debía responder a un cuestionario por cada grupo que había conducido.

De los 70 GSAM que se realizaron durante 2021 se obtuvo respuesta de 66, lo que supone una **tasa de respuesta del 94 %**.

Las preguntas del cuestionario estaban distribuidas por bloques temáticos y, en los casos en los que era posible, mantenían la estructura del cuestionario de los participantes para poder obtener una comparativa entre los diferentes colectivos analizados.

Los **bloques temáticos** del cuestionario a las personas conductoras de los GSAM eran:⁴¹

- **Datos generales**, haciendo referencia al formato de los grupos y experiencia profesional.
- **Coordinación con el ente local**, en el que debían valorar la información previa sobre el grupo, la identificación y la facilidad de contacto con la persona referente del ente local y las acciones de comunicación y difusión. Incluía una pregunta sobre propuestas de mejora en ese ámbito.
- **Sobre el funcionamiento del grupo**, en el que se valoraba el número de asistentes, la cohesión del grupo y la homogeneidad, así como la duración, el horario y la periodicidad de las sesiones. Incluía una pregunta sobre propuestas de mejora en ese ámbito.

⁴¹ La distribución de los bloques temáticos presentada sigue la estructura del informe. En el cuestionario, el orden de los bloques temáticos era diferente, según la lógica de facilitar el flujo de respuestas. Por otro lado, no se hace referencia a la pregunta sobre valoración del funcionamiento virtual de los GSAM, ya que todos fueron presenciales y, por tanto, no se respondió a la pregunta. Ver el anexo 5: Encuesta a las personas conductoras de los GSAM.

- **Sobre las instalaciones**, sobre la facilidad para acceder al centro y las condiciones y el confort de la sala. Incluía una pregunta sobre propuestas de mejora en ese ámbito.
- **Sobre la actividad del grupo**, haciendo referencia a la utilidad de los temas tratados, la adecuación a las expectativas de los asistentes y la fluidez de la comunicación con las personas. Incluía una pregunta sobre propuestas de mejora en ese ámbito.
- **Valoración general del grupo**, en escala del 0 al 10.
- **Abandono de los participantes**, en el que se recogía si había habido abandonos, los motivos, y las actuaciones que podrían llevarse a cabo para reducirlos.

5.2. Resultados de la encuesta a las personas conductoras de los GSAM

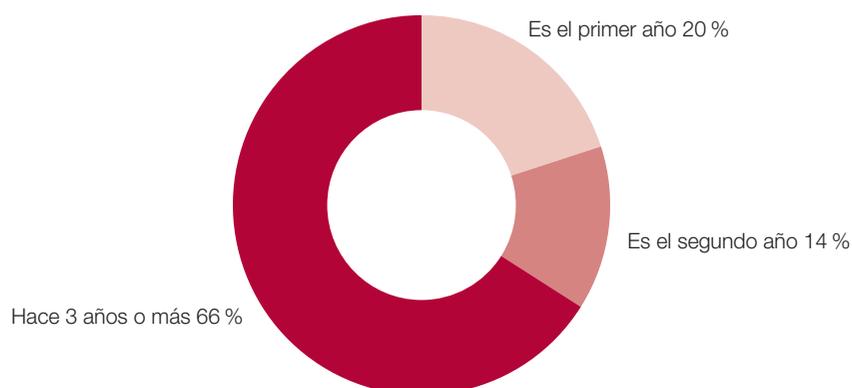
A continuación, se muestran los resultados de la encuesta de satisfacción dirigida a las personas conductoras de los GSAM.

El cuestionario se distribuía en bloques temáticos que hacían referencia a la experiencia profesional, a la coordinación con el ente local, al funcionamiento del grupo, las instalaciones, la actividad del grupo, la valoración global del GSAM y los abandonos de los participantes.

Experiencia profesional

La mayoría de las personas conductoras de los grupos (67 %) tenían una **experiencia de más de 3 años** conduciendo GSAM.

Figura 67. Experiencia profesional (2021)

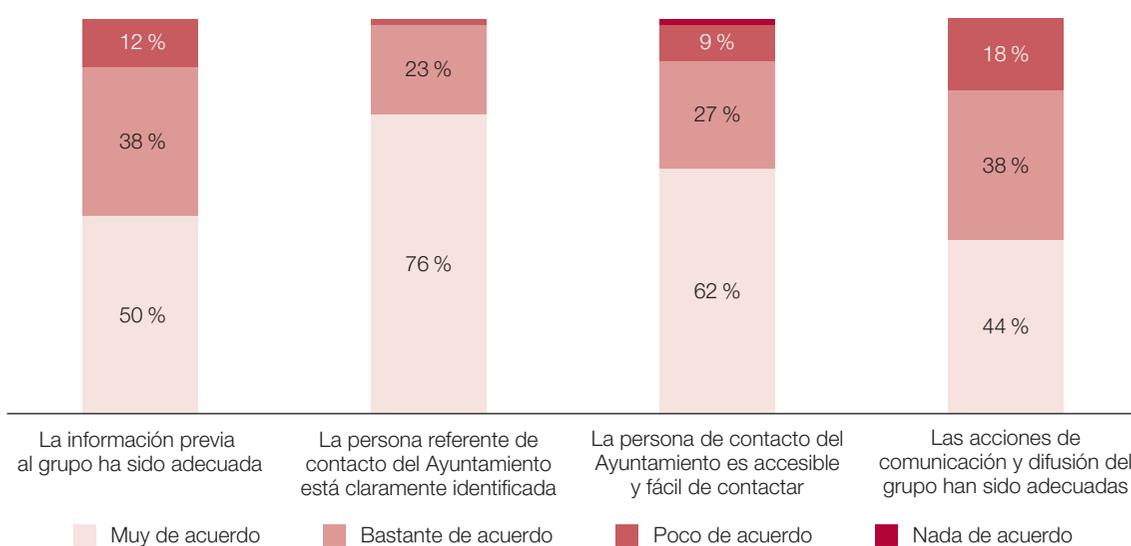


Coordinación con el ente local

La coordinación entre las personas conductoras de los grupos de apoyo y el ente local funcionó, en términos de traspaso previo de la información, adecuación de la comunicación y difusión del grupo, y sobre todo en cuanto a la identificación de la persona referente de la entidad y la accesibilidad de esta figura.

A pesar de la buena valoración general, una parte significativa de las personas conductoras afirmaron que habían sido poco adecuadas las acciones de comunicación y difusión del grupo (18 %) y la información previa al grupo (12 %).

Figura 68. Indique su grado de acuerdo con las afirmaciones siguientes sobre la coordinación con el ente local (2021)



En caso de señalar alguna mejora concreta, en línea con las valoraciones descritas, se propusieron mecanismos para promover la fluidez en el contacto con el ente, como mejorar los canales de comunicación incorporando el contacto telefónico (16 %) y definir previamente el calendario de coordinaciones (11 %).

«El hecho de que la comunicación sea vía mail a veces puede hacer que determinados temas no se entiendan bien del todo» (respuesta literal)

«Un teléfono directo con ella habría facilitado una gestión más eficiente en algunas ocasiones» (respuesta literal)

«Hacer más coordinaciones pactadas» (respuesta literal)

Figura 69. Propuestas de mejora sobre la coordinación con el ente local. (N = 37) (2021)

Mejorar los canales de comunicación y la implicación	16 %
Definir previamente el calendario de coordinaciones	11 %
Mejorar la difusión de la actividad	5 %
Disponer de una sala sin interrupciones	3 %
Mejorar la implicación de los entes	3 %
Mejorar la predisposición de los referentes del Ayuntamiento	3 %
Nada	59 %
	100%

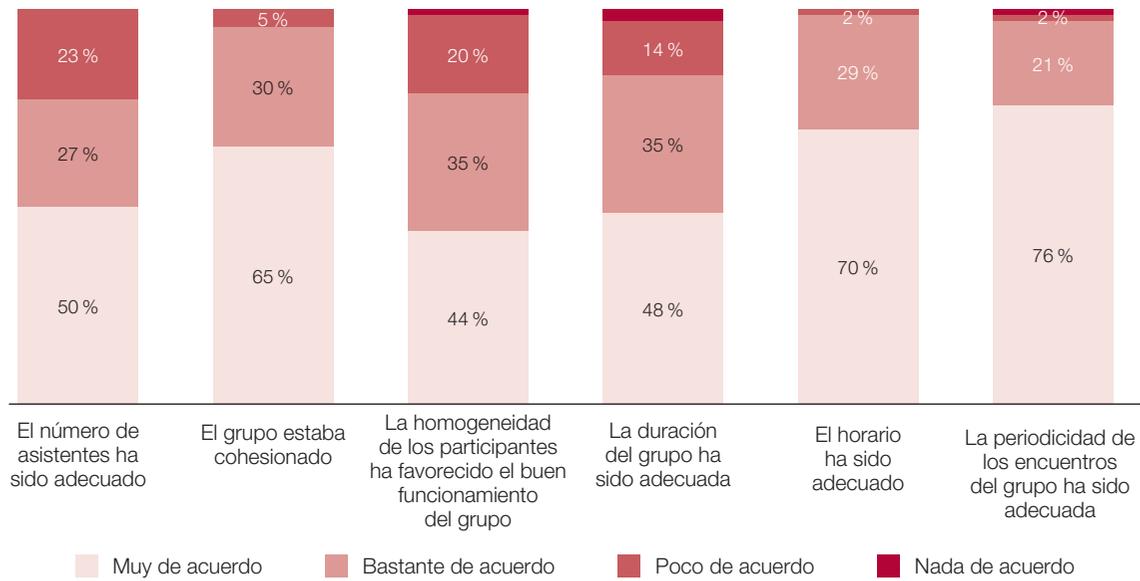
Valoración del funcionamiento del grupo

El grado de satisfacción de las personas conductoras de los GSAM con el funcionamiento del grupo también fue elevado en todos los aspectos planteados, pero sobre todo en lo que se refiere a la cohesión del grupo, el horario y, especialmente, la periodicidad de los encuentros. Estas percepciones estaban alineadas con las de los participantes sobre el funcionamiento del grupo, recogidas en el apartado correspondiente.⁴²

A pesar de la buena valoración general, una parte significativa de las personas conductoras afirmaron que habían sido poco o nada adecuadas el número de asistentes (23 %), la homogeneidad de los participantes (21 %) y la duración del grupo (17 %).

⁴² Ver el apartado 4.2. Resultados de la encuesta a las personas participantes. Valoración de la organización.

Figura 70. Indique el grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre el funcionamiento del grupo (2021)



En cuanto a las **propuestas de mejora**, de forma abierta hicieron referencia a **mejorar la homogeneidad del grupo (23 %)**, **ampliar la duración del grupo (20 %)** y **seleccionar participantes con un mayor compromiso de asistencia (17 %)**. Estos ámbitos son precisamente los que generaron una mayor insatisfacción en cuanto a su funcionamiento, y algunos de ellos aparecían también entre las percepciones de los participantes.⁴³

*«Grupo poco homogéneo: necesidades muy diferentes con estudios muy diferentes»
(respuesta literal)*

«Realizar más sesiones y más largas por la alta necesidad emocional de las personas participantes» (respuesta literal)

«Algunas personas no han participado de forma continuada, lo que hace que no acabe de cohesionarse el grupo» (respuesta literal)

Otras propuestas de mejora se referían a poder realizar más sesiones de seguimiento individualizado (14 %) y que hubiera más participantes en los grupos (11 %).

«Se necesita atención individualizada por las patologías mentales que están presentes en el grupo» (respuesta literal)

«Ha sido un grupo poco numeroso y con poca aportación de temas problemáticos, esto ha hecho que el grupo haya sido más bien un curso de herramientas emocionales más que un grupo de apoyo emocional y ayuda mutua» (respuesta literal)

⁴³ Ver el apartado 4.2. Resultados de la encuesta a las personas participantes. Propuestas de mejora.

Un 23 % de los y las profesionales encuestadas respondió que no había nada que mejorar en cuanto al funcionamiento del grupo.⁴⁴

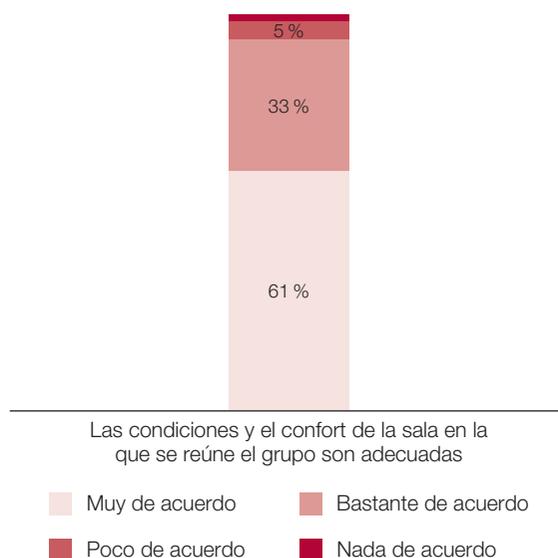
Figura 71. Propuestas de mejora sobre el funcionamiento. Más de una opción de respuesta (N = 35 encuestados/as) (2021)

Que el grupo fuese más homogéneo	23 %
Ampliar la duración del grupo	20 %
Seleccionar participantes con mayor compromiso de asistencia	17 %
Poder realizar sesiones de seguimiento individualizado	14 %
Que hubiese más participantes	11 %
Nada	23 %
	109 %

Valoración de las instalaciones

Las condiciones y el confort de la sala donde se reunía el grupo fueron adecuadas según la gran mayoría de los y las profesionales, una percepción que también apuntaban las personas participantes.⁴⁵

Figura 72. Indique su grado de acuerdo con la siguiente afirmación sobre las instalaciones (2021)



⁴⁴ Aun así, hay que recordar que las preguntas abiertas y espontáneas acostumbran a tener niveles elevados de no respuesta dadas las dificultades que comporta el contestar a esta clase de preguntas.

⁴⁵ Ver el apartado 4.2. Resultados de la encuesta a personas participantes. Valoración de las instalaciones.

Aun así, a la hora de señalar mejoras, apuntaron dificultades con las condiciones de la sala en referencia al confort (29 %), así como con las interrupciones que experimentaron durante las sesiones (19 %) y al hecho de no disponer de una sala fija (14 %).

«La sala debería ser más confortable para el bienestar del grupo» (respuesta literal)

«Una sala en la que no pudiera entrar la gente y así evitar las interrupciones»
(respuesta literal)

«Que las sesiones sean siempre en el mismo sitio» (respuesta literal)

Figura 73. Propuestas de mejora sobre las instalaciones. Más de una opción de respuesta (N = 21 encuestados/as)

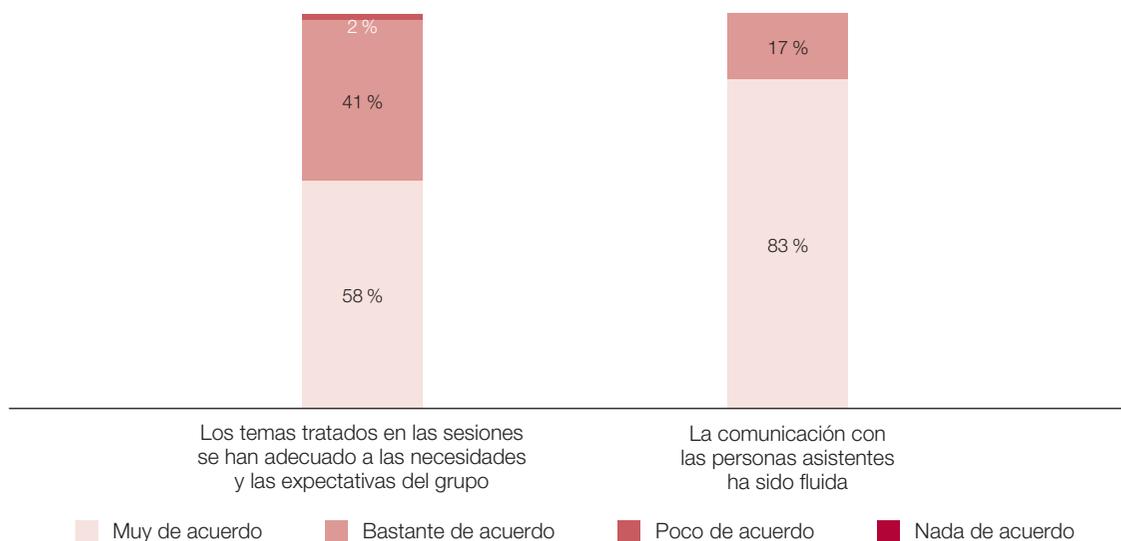
Mejorar las condiciones de la sala	29 %
Disponer de una sala sin interrupciones	19 %
No cambiar de sala en cada sesión	14 %
Disponer de material y aparatos técnicos	10 %
Mejorar la organización de la apertura de la sala	10 %
Aclarar previamente protocolo COVID-19	5 %
Mejorar la accesibilidad	5 %
Nada	19 %
	110 %

Valoración de la actividad del grupo: temas tratados y comunicación con los asistentes

Para los y las profesionales encuestados, los temas tratados en las sesiones se adecuaban a las necesidades y expectativas del grupo, una opinión que también encajaba con la percepción de las personas participantes.⁴⁶

Por lo que respecta a la comunicación con las personas asistentes, los profesionales la consideraron fluida.

⁴⁶ Ver el apartado 4.2. Resultados de la encuesta a las personas participantes. Valoración de los temas y el contenido de los GSAM.

Figura 74. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre la actividad del grupo (2021)

Aunque el ajuste del contenido con las expectativas era alto según las personas conductoras de los grupos, a la hora de detallar **propuestas de mejora** de forma espontánea apareció también como propuesta de mejora el **ajustar el contenido a las necesidades más concretas de los participantes** (16 %), como forma de recoger las preocupaciones de las personas participantes y poder darles respuesta.

«Hacer una miniencuesta antes de iniciar la actividad para valorar las inquietudes de las personas participantes» (respuesta literal)

así como incorporar otras actividades complementarias (12 %).

«Empezar antes con ejercicios de relajación» (respuesta literal)

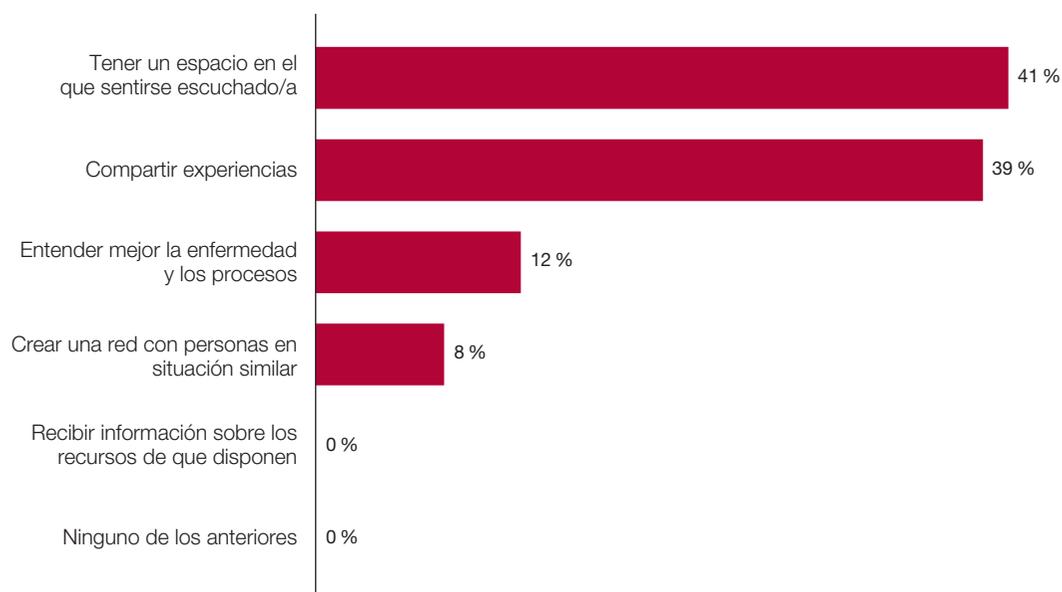
Figura 75. Propuestas de mejora sobre la actividad del grupo (N = 25 encuestados/as) (2021)

Ajustar el contenido a las necesidades de los participantes	16 %
Incorporar otras actividades	12 %
Ampliar la duración del grupo	8 %
Mejorar la información previa	8 %
Normalizar las sesiones sin restricciones por COVID-19	4 %
Facilitar canales de comunicación con los asistentes	4 %
Más presencia por parte del referente del municipio	4 %
Mejorar la difusión de la actividad	4 %
Regular las dinámicas de funcionamiento del grupo	4 %
Más implicación de los participantes	4 %
Nada	32 %
	100 %

Según las personas que condujeron a los grupos, **tener un espacio en el que sentirse escuchados (41 %) y para compartir experiencias (39 %) era lo más útil para los participantes**, una perspectiva que encaja con la valoración que hicieron los propios participantes. Ambos colectivos coincidieron también en señalar la utilidad de entender mejor la enfermedad, aunque los participantes hicieron más énfasis que los profesionales en la vertiente de los aprendizajes (25 % frente al 12 % señalado por los profesionales).⁴⁷

⁴⁷ Ver el apartado 4.2. Resultados de la encuesta a las personas participantes. Valoración de los temas y el contenido de los GSAM.

Figura 76. Qué tema ha resultado más útil a las personas participantes (2021)

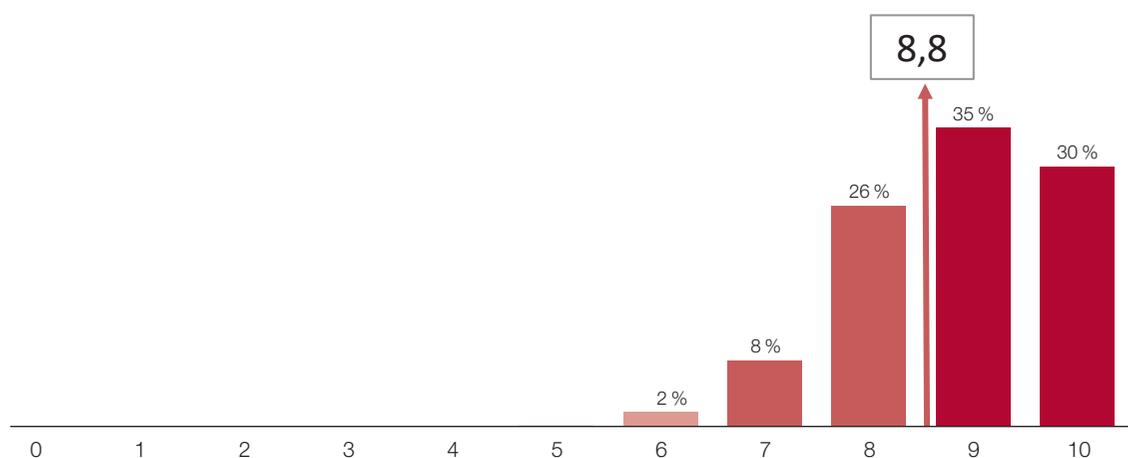


Valoración global

La satisfacción expresada por los y las profesionales encuestados con los diferentes ámbitos de los GSAM se tradujo también en una **valoración global elevada, de un 8,8 sobre 10.**

El 90 % valoró los GSAM con un 8 o más.

Figura 77. Valoración media Grupos de Apoyo de Ayuda Mutua por las personas conductoras de los GSAM (2021)

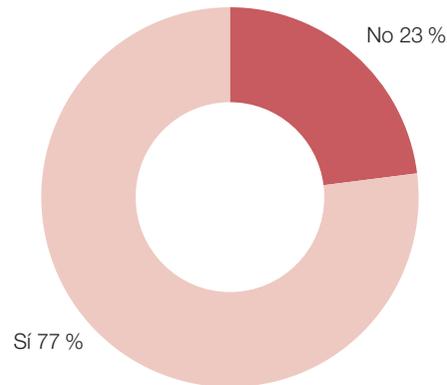


Abandono de las personas participantes

Como se recoge en el análisis sobre las personas participantes, no todas las personas que empezaron un GSAM lo terminaron. En la de 2021, la tasa de finalización fue del 78%.⁴⁸

Este resultado sobre los abandonos de los participantes encaja con la percepción de los profesionales conductores, que apuntaron que en 3 de cada 4 grupos analizados en la encuesta (77 %) hubo abandonos, principalmente por problemas de salud de la persona cuidadora o la cuidada (47 %), por las dificultades de encontrar a alguien que se encargara de la persona cuidada para poder asistir al grupo (31 %) y por el desajuste entre los contenidos y las expectativas (25 %).

Figura 78. ¿Ha habido abandonos en el grupo que ha conducido? (2021)



⁴⁸ Ver el apartado 2.2. Participantes, tasas de asistencia, finalización y abandono.

Figura 79. Motivos de abandono. Más de una opción de respuesta (N = 51)

Problemas de salud de la persona cuidadora o la cuidada	47 %
Dificultades para encontrar a alguien que se encargue de la persona mientras asiste al grupo	31 %
Desajuste de los contenidos a las expectativas	25 %
Institucionalización u hospitalización de la persona a la que cuida	14 %
Defunción de la persona a la que cuida	10 %
Falta de tiempo por cambio de situación laboral	6 %
Baja satisfacción con el Grupo de Ayuda Mutua	4 %
Falta de encaje con el grupo	4 %
Incomodidad para hablar de la situación	4 %
Dificultad de acceso o falta de transporte	2 %
Otros	4 %
No lo sabe	6 %
	157 %

Para prevenir los abandonos en los GSAM de forma coherente con las causas de estos, las personas conductoras indicaron como propuesta de mejora en esta línea principalmente el facilitar servicios de apoyo domiciliario para cuidar a la persona cuidada y poder así asistir a los grupos (32 %)

*«Proporcionar recursos para que puedan disponer del tiempo»
(respuesta literal)*

*«Que desde Servicios Sociales se pudiera dar respuesta con ayuda
domiciliaria mientras no estuviera el cuidador» (respuesta literal)*

y mejorar la información previa sobre el grupo, tanto sobre los objetivos y el contenido de los grupos como sobre su funcionamiento (22 %).

*«Ofrecer una información clara sobre el objetivo del grupo e informar
del compromiso necesario para que este funcione» (respuesta literal)*

*«Una buena información inicial sobre el objetivo del GSAM, ya que hay algunos
participantes que han abandonado que creían que recibirían información
más de gestión» (respuesta literal)*

Los profesionales también propusieron **contactar con las personas que abandonaban para poder hacer seguimiento de los motivos** (17 %)

«Ponerse en contacto con la persona si abandona el grupo, entender motivos»
(respuesta literal)

«Hacer más seguimiento telefónico de estas personas para determinar la causa y tratar de reconducirla» (respuesta literal)

así como realizar un **seguimiento individualizado de los participantes** para poder detectar el grado de satisfacción de las personas participantes con el grupo y **prevenir posibles abandonos** (13 %).

«Seguimiento telefónico individualizado durante las primeras sesiones»
(respuesta literal)

«Seguimiento individualizado más constante» (respuesta literal)

Figura 80. Actuaciones para reducir abandonos. Más de una opción de respuesta (N = 63 encuestados/as) (2021)

Facilitar servicios de apoyo para poder asistir al grupo	32 %
Mejorar la información previa sobre el grupo	22 %
Contactar con la persona para hacer seguimiento del abandono	17 %
Hacer un seguimiento individualizado de los participantes	13 %
Mejorar la selección de los participantes	5 %
Hacer actividades más atractivas	3 %
Potenciar grupos homogéneos	3 %
Cambiar el calendario de sesiones	2 %
Otros	2 %
Nada	10 %
No contesta	5 %
	113%

6. Análisis del impacto de los GSAM

6.1. Introducción

El objetivo de este apartado es analizar el **impacto del programa GSAM** en los niveles de ansiedad y depresión de las personas participantes en las ediciones de **2019, 2020 y 2021**. También se analizan los **valores iniciales de ansiedad y sintomatología depresiva**⁴⁹ de las personas participantes.

Para realizar el cálculo del impacto de los GSAM, se compararon los **niveles de ansiedad y depresión** de las personas cuidadoras participantes en **dos momentos temporales**: la primera sesión de trabajo (**pretratamiento**) y la última (**postratamiento**).

A tal efecto se empleó la **escala de ansiedad y depresión de Goldberg**,⁵⁰ un test que orienta el diagnóstico de ansiedad o depresión y dimensiona sus respectivas intensidades.

El test consiste en 18 preguntas, 9 relacionadas con la subescala de la ansiedad y 9 con la escala de depresión.⁵¹ Para cada pregunta que se contesta afirmativamente se asigna un punto, siendo el máximo posible en cada subescala 9 puntos (en que 0 significa que no se sufren síntomas y 9 es el grado máximo de severidad del problema).

Los puntos de corte para considerar que una persona sufre ansiedad o depresión se sitúan en: **4 o más** respuestas positivas en la **subescala de ansiedad**, y **3 o más** en la **subescala de depresión**.

Se utilizaron los datos de personas participantes **que hubieran completado el test Goldberg tanto en la primera sesión como en la última sesión**.⁵² Se dispone de datos de 1.175 registros, 560 correspondientes a la edición de 2019, 188 a la de 2020, y 427 a la de 2021.⁵³

⁴⁹ A efectos de brevedad se hablará de «depresión» en vez de «sintomatología depresiva».

⁵⁰ GOLDBERG, D., et al. *Detecting anxiety and depression in general medical setting*, BMJ Clinical Research Vol. 297 (No. 6653), pp. 897-9, 1988.

⁵¹ Ver en el anexo 2. Escala de ansiedad y sintomatología depresiva de Goldberg, las preguntas del test de Goldberg.

⁵² Es decir, se han excluido a aquellas personas participantes que abandonaron el GSAM y no realizaron el test de Goldberg en la última sesión.

⁵³ Se trata, por tanto, de un subconjunto de la base de datos de personas participantes, con 1.619 registros, 830 correspondientes a la edición de 2019, 234 a la de 2020 y 555 a la de 2021.

Para cada subescala (ansiedad, depresión), se calculó el **impacto** mediante la **variación porcentual** entre el nivel en la última sesión (postratamiento) y el nivel en la primera sesión (pretratamiento).

$$\text{Variación porcentual} = \frac{\text{Nivel post} - \text{Nivel pre}}{\text{Nivel pre}} \times 100$$

Una variación negativa indicaría que hubo una reducción del nivel de ansiedad / depresión, que es el efecto deseado del programa GSAM. Por el contrario, una variación positiva indicaría que hubo un incremento.

El informe comienza presentando los **resultados del impacto global** del GSAM, y la **variación entre los valores iniciales y finales de ansiedad y depresión** de las personas participantes.

A continuación, se analiza en qué forma afectan en los valores iniciales y en el impacto global del GSAM las **características de las personas cuidadoras participantes** (género, grupos de edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, situación laboral, tiempo dedicado a los cuidados, parentesco con la persona cuidada, convivencia, patologías de las personas cuidadas),⁵⁴ y la **organización de las sesiones** (número de sesiones organizadas, entidad prestadora, formato).

Se han analizado conjuntamente los datos de las ediciones de 2019 a 2021 (excepto cuando se indica expresamente).

6.2. Impacto en los valores de ansiedad y depresión, datos globales

En este apartado se analiza el impacto global del programa, tanto a nivel de ansiedad como de depresión. Asimismo, se muestra la distribución de los valores iniciales de ansiedad y depresión de las personas participantes y la variación en los valores entre el inicio y el final del programa. Por último, se analiza específicamente a las personas con participación previa en un GSAM.

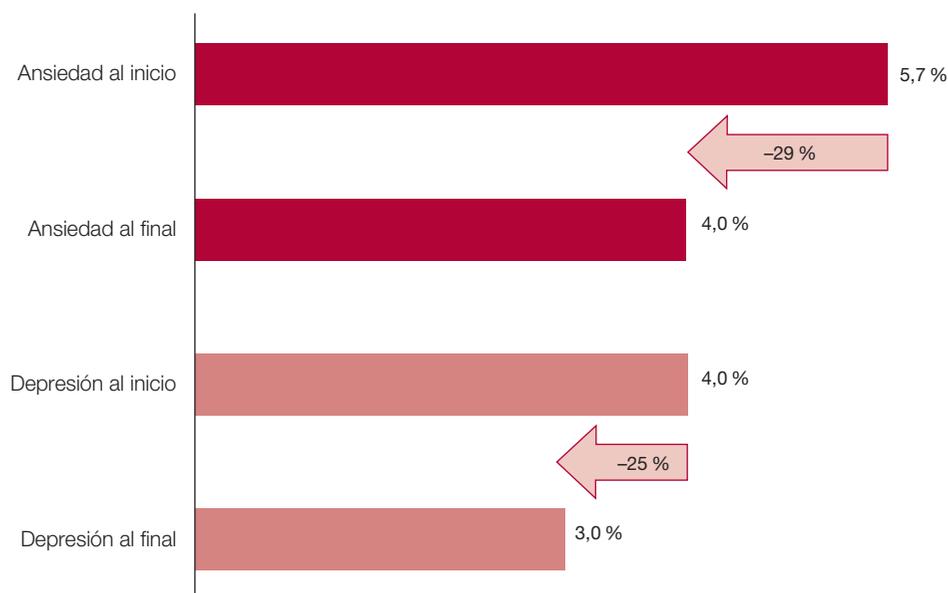
Impacto global

La siguiente tabla muestra el **impacto global** de haber participado en alguna de las tres ediciones del GSAM analizadas, en cuanto a ansiedad y depresión.

⁵⁴ Se han incluido las «patologías de las personas dependientes» en las características de las personas cuidadoras participantes, en tanto que afectan a cómo cuidan a estas personas.

Globalmente, la participación en el GSAM redujo un 29 % el nivel de ansiedad, pasando de un valor inicial de 5,7 a un valor final de 4,0. Asimismo, la participación en el GSAM redujo un 25 % el nivel de depresión, pasando de un valor inicial de 4,0 a un valor final de 3,0.⁵⁵

Figura 81. Valores iniciales y finales e impacto global



Comparando las tres ediciones, se constata que las reducciones en los niveles de ansiedad y de depresión fueron especialmente significativas en el año 2020 (-33 %, -32 %). Asimismo, se observa que el valor inicial de ansiedad fue especialmente alto en 2020 (5,9). La pandemia por el COVID-19 provocó un incremento de casos de depresión y ansiedad en la población general,⁵⁶ y pudo impactar en la participación en los GSAM.

⁵⁵ Los resultados del programa GSAM son especialmente positivos teniendo en cuenta la revisión de los estudios de intervención con cuidadores de gente mayor dependiente realizados por López, J.; Crespo, M.: *Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión*, 2007, donde se indica que «en general, los resultados obtenidos por los distintos programas son más bien modestos. El tamaño del efecto de las intervenciones, cuando este dato se ofrece, suele ser pequeño o moderado» (p 78).

⁵⁶ En relación al incremento de casos de depresión y ansiedad provocados por el COVID-19, ver: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/industria/covid-estres-aumento-casos-depresion-ansiedad-5031> [Consulta: 8-11-2021]

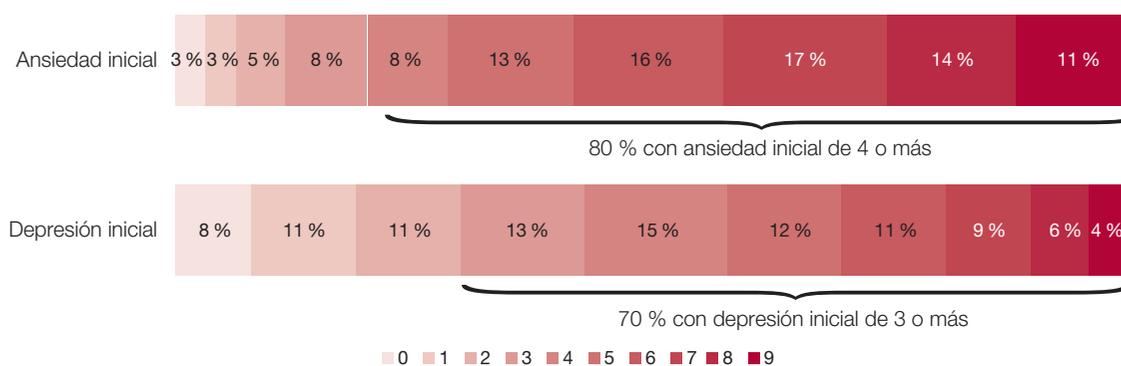
Figura 82. Valores iniciales e impacto global, por edición

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
2019	560	5,5	4,0	-30 %	-24 %
2020	188	5,9	4,1	-33 %	-32 %
2021	427	5,8	4,1	-26 %	-22 %
Total general	1.175	5,7	4,0	-29 %	-25 %

Distribución de los valores iniciales de ansiedad y depresión

En el siguiente gráfico se muestra la distribución de las personas participantes en los GSAM según sus niveles de ansiedad y de depresión iniciales.

Se observa que casi el 80 % de las personas participantes inicialmente sufrían unos niveles de ansiedad altos (4 o superior), y el 70 % de depresión (3 o superior).

Figura 83. Valores iniciales de ansiedad y depresión. % de participantes sobre el total

Visto inversamente, se constata que el 20 % de las personas participantes en los GSAM tenían niveles bajos de ansiedad (por debajo de 4) y el 30 % tenían niveles bajos de depresión (por debajo de 3).

Sin embargo, tan solo el 14 % de las personas participantes tenían simultáneamente niveles bajos de ansiedad y de depresión.

En este sentido, es necesario tener presente que la participación en los GSAM no está supeditada a un nivel mínimo de ansiedad y/o depresión, y que los GSAM pueden tener un carácter preventivo para mitigar la ansiedad y la depresión de las personas cuidadoras.

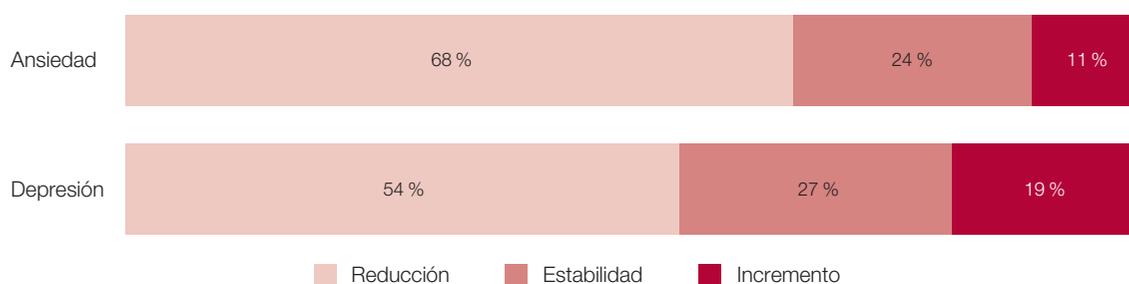
Variación en los valores de ansiedad y depresión

Otra forma de observar el impacto es analizando las proporciones de personas que han visto reducido, aumentado o han mantenido sus niveles iniciales de ansiedad o depresión vinculados con el cuidado de una persona dependiente.

En términos generales, el 68 % de las personas participantes en el GSAM experimentaron una reducción del nivel de ansiedad, y el 54 % del nivel de depresión. En este sentido, el programa fue más efectivo en relación a la ansiedad que a la depresión.

Sin embargo, hubo un volumen significativo de personas que no percibieron ninguna mejora (24 % en el caso de la ansiedad y 27 % en el de la depresión), o incluso que experimentaron un incremento de los niveles de ansiedad (11 %) y depresión (19 %), quizá debido a la adquisición de una mayor conciencia sobre el hecho de estar cuidando.

Figura 84. Variación en los niveles de ansiedad y depresión



Las personas con participación previa en un GSAM

Como ya se ha mostrado en «Análisis del perfil de las personas participantes»,⁵⁷ aproximadamente una cuarta parte de las personas ya habían participado en otra edición anterior de los GSAM (es decir, que «repetían» la experiencia de participar en un GSAM).

Por otra parte, al finalizar la asistencia a un GSAM, las personas participantes experimentaban una reducción del 29 % de ansiedad (pasando de un valor inicial de 5,7 a un valor final de 4,0) y un 25 % de reducción de la depresión (pasando de un valor inicial de 4,0 a un valor final de 3,0).⁵⁸

Ahora bien, cuando las personas volvían a empezar otro GSAM, sus valores iniciales de ansiedad y depresión (5,7 y 4,1) eran prácticamente iguales a los de las personas que nunca han participado en un GSAM (5,7 y 4,0), lo que indica que el impacto del programa se va reduciendo a medida que pasa el tiempo hasta desaparecer.

⁵⁷ Ver el apartado 3. Análisis del perfil de las personas participantes. Participación previa en otro GSAM.

⁵⁸ Ver el apartado 6.2. Impacto en los valores de ansiedad y depresión, datos globales. Impacto global.

Figura 85. Valores iniciales e impacto según la participación previa en un GSAM (2019-2021)

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Sí	328	5,7	4,1	-28 %	-25 %
No	847	5,7	4,0	-30 %	-25 %
Total general	1.175	5,7	4,0	-20 %	-25 %

En lo relativo al impacto, los datos no muestran una diferencia significativa en las reducciones de los niveles de ansiedad y depresión en función de la participación previa o no en un GSAM, aunque intuitivamente sería esperable que los efectos positivos fueran mayores la primera vez que se asiste a un GSAM (efecto novedad) que cuando ya se conoce su funcionamiento y sus posibilidades.

6.3. Impacto, ansiedad y depresión iniciales, según las características de las personas cuidadoras participantes y según la organización de las sesiones

A continuación, se presentan los niveles iniciales y los impactos según las características de las personas cuidadoras participantes (género, grupo de edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, situación laboral, tiempo dedicado a los cuidados, convivencia, parentesco con la persona cuidada, patologías / situación de las personas cuidadas, recursos para facilitar la participación) y según la organización de las sesiones (número de sesiones organizadas, entidad prestadora, formato).

Según género

Las cifras indican que las mujeres tenían valores iniciales mayores de ansiedad y depresión que los hombres (5,9 frente a 4,7 por ansiedad, y 4,2 frente a 3,4 por depresión).

Por su parte, las reducciones de ansiedad y depresión fueron similares entre hombres y mujeres.⁵⁹

⁵⁹ Los resultados del programa GSAM son coincidentes con la revisión de los estudios de intervención con cuidadores/as de gente mayor dependientes realizada por López, J.; Crespo, M., *Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión, 2007*, en que se indica que «se constata que el género influye en la cantidad de malestar emocional al inicio de los tratamientos, pero no en la evolución tras las intervenciones. Es decir, las cuidadoras presentan mayores niveles de depresión antes de comenzar las intervenciones, pero no mejoran ni más ni menos estos síntomas que los cuidadores masculinos».

Figura 86. Valores iniciales e impacto según género (2019-2021)

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Mujer	930	5,9	4,2	-29 %	-24 %
Hombre	245	4,7	3,4	-31 %	-26 %
Total general	1.175	5,7	4,0	-29 %	-25 %

Según grupo de edad

Por lo que respecta a los grupos de edad, se detecta **menor ansiedad inicial en los grupos de menor edad**. En cambio, no se observa una relación entre edad y depresión inicial.

Asimismo, se observa **mayor reducción de ansiedad en menores de 46 años y mayores de 66 años y mayor reducción de depresión en menores de 46 años**.

Figura 87. Valores iniciales e impacto según grupo de edad de la persona cuidadora (2021)

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
< 46 años	22	6,4	4,0	-30 %	-32 %
46-55 años	78	6,2	4,1	-21 %	-18 %
56-65 años	130	6,1	4,4	-24 %	-23 %
66-75 años	109	5,4	3,9	-30 %	-22 %
> 75 años	88	5,2	4,0	-27 %	-22 %
Total general	427	5,8	4,1	-26 %	-22 %

Según el lugar de nacimiento

Se observan **mayores valores iniciales** (tanto de ansiedad como de depresión) en **personas de Cataluña y el resto de España** (frente a personas procedentes del extranjero).

Asimismo, se constata que estos dos primeros colectivos tenían **mayor reducción de ansiedad y depresión**.

Figura 88. Valores iniciales e impacto según lugar de nacimiento (2021)

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Cataluña	261	5,8	4,1	27 %	-22 %
Resto de España	144	5,8	4,3	26 %	-23 %
Extranjero	22	5,4	3,8	-17 %	-10 %
Total general	427	5,8	4,1	-26 %	-22 %

Según nivel de estudios

Se observan menores valores iniciales de ansiedad y depresión en personas con estudios universitarios (4,4 y 2,8).

Asimismo, se constata en este colectivo una mayor reducción de la ansiedad y la depresión en personas con estudios universitarios (-37 % y -45 %).

Figura 89. Valores iniciales e impacto según nivel de estudios (2021)⁶⁰

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Sin estudios obligatorios	65	6,1	4,8	-27 %	-18 %
Obligatorios	165	5,7	4,1	-24 %	-18 %
Secundarios generales	77	5,9	4,3	-27 %	-26 %
Secundarios profesionales	83	6,2	4,3	-26 %	-21 %
Universitarios	33	4,4	2,8	-37 %	-45 %
Total general	427	5,8	4,1	-26 %	-22 %

Según la situación laboral

Se observa que las personas que cobraban jubilación o pensión tenían menores valores iniciales de ansiedad y depresión, al igual que los trabajadores. En el otro extremo, se observa que las personas que estaban en paro tenían mayores valores iniciales tanto de ansiedad como de depresión.

⁶⁰ Dada la cantidad limitada de casos, no se ha incluido a las personas con nivel de estudios posuniversitarios (4 casos).

Las mayores reducciones de ansiedad y depresión tenían lugar en personas que trabajaban, o cobraban jubilación o pensión.

Figura 90. Valores iniciales e impacto según situación laboral (2021)⁶¹

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Trabaja	83	5,9	3,9	-27 %	-28 %
Está en paro	47	6,4	4,8	-21 %	-17 %
Cobra jubilación o pensión	224	5,5	4,0	-27 %	-24 %
Hace tareas de la casa	60	5,9	4,4	-25 %	-11 %
Total general	427	5,8	4,1	-26 %	-22 %

Según los años dedicados a los cuidados

No se observa una relación entre los valores iniciales de ansiedad y depresión y los años dedicados a los cuidados.

Por otra parte, los datos muestran que se dan **mayores reducciones de ansiedad en el primer año de cuidados, y mayores reducciones de depresión en los dos primeros años.**

Figura 91. Valores iniciales e impacto según años dedicados a los cuidados (2019-2021)

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
< 1 año	70	5,6	3,7	-33 %	-28 %
entre 1 i 2 años	228	5,6	4,2	-28 %	-30 %
entre 3 i 6 años	429	5,8	4,0	-29 %	-23 %
> 6 años	448	5,6	4,0	-29 %	-23 %
Total general	1.175	5,7	4,0	-29 %	-25 %

⁶¹ Dada la cantidad limitada de casos, no se ha incluido a las personas con la categoría de situación laboral «otras» (13 casos).

Según las horas diarias dedicadas a los cuidados

En cuanto a las horas dedicadas al cuidado de la persona dependiente, se observan mayores valores iniciales de ansiedad y depresión en las personas que dedican más de 6 horas al día.

Por otra parte, la mayor reducción de ansiedad y depresión tiene lugar en las personas que dedican a los cuidados 1-2 horas al día.

Figura 92. Valores iniciales e impacto según las horas diarias dedicados a los cuidados (2021)

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
1-2 h al día	39	5,3	3,6	-30 %	-32 %
3-5 h al día	55	5,3	3,5	-23 %	-20 %
6-9 h al día	39	5,8	3,8	-22 %	-18 %
10 h o más	294	5,9	4,4	-27 %	-21 %
Total general	427	5,8	4,1	-26 %	-22 %

Según la convivencia con la persona cuidada

Las personas que convivían con la persona cuidada tenían mayores valores iniciales de depresión (4,1) que las que no convivían con ella (3,9), mientras que no existían valores diferentes en cuanto a la ansiedad.

Las personas que no convivían con la persona cuidada tenían mayores reducciones de la ansiedad (-32 %) que las que sí que convivían (-28 %). En el caso de la depresión, no se aprecian diferencias en función de la convivencia.

Figura 93. Valores iniciales e impacto según convivencia (2019-2021)

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Sí	959	5,7	4,1	-28 %	-25 %
No	216	5,7	3,9	-32 %	-25 %
Total general	1.175	5,7	4,0	-29 %	-25 %

Según el parentesco con la persona cuidada

Los valores iniciales de ansiedad y depresión fueron especialmente elevados cuando la persona cuidada era hijo/a o hermano/a del cuidador/a.

En cuanto a cómo variaban los impactos según el vínculo familiar, los datos no marcan un patrón claro.

La categoría «otros» (en la que se incluían casos como tío/a, abuelo/a, primo/a, amigo/a o vecino/a) presentaba las mayores reducciones de ansiedad, y la categoría hermano/a las mayores reducciones de depresión.

Figura 94. Valores iniciales e impacto según parentesco con la persona cuidada (2019-2021)⁶²

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Pareja	538	5,5	4,1	-27 %	-22 %
Hijo/a	274	6,0	4,2	-31 %	-26 %
Padre/madre	271	5,9	3,9	-31 %	-29 %
Yerno/nuera	26	4,8	3,2	-29 %	-26 %
Germà/na	20	6,1	5,0	-26 %	-33 %
Otros	31	4,9	3,7	-37 %	-23 %
Total general	1.175	5,7	4,0	-29 %	-25 %

Según las patologías / situación de las personas cuidadas

Los niveles iniciales de ansiedad y depresión fueron especialmente elevados en las personas que cuidaban a personas con enfermedades mentales (Alzheimer, trastorno mental, otras demencias) y Parkinson.

En todas las patologías o situaciones de las personas cuidadas, las reducciones de ansiedad y depresión fueron significativas, especialmente en los cuidadores de personas que sufrían de Alzheimer, trastorno mental o Parkinson.

⁶² Dada la cantidad limitada de casos, no se ha incluido a las personas con la categoría de «suegro/a» (12 casos) y «cuñado/a» (3 casos).

Figura 95. Valores iniciales e impacto según patología (2021)⁶³

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Alzheimer	114	5,8	4,3	-30 %	-30 %
Trastorno mental	28	6,5	4,3	-28 %	-33 %
Otras demencias	53	6,0	4,5	-15 %	-21 %
Parkinson	33	6,0	4,2	-35 %	-34 %
Pluripatología	53	6,0	3,8	-26 %	-8 %
Discapacidad física	46	5,3	3,5	-33 %	-12 %
Ictus	27	5,5	4,4	-15 %	-13 %
Vejez/ayuda en las ABVD	40	5,0	3,3	-29 %	-18 %
Total general	427	5,8	4,1	-26 %	-22 %

Según recursos asignados para facilitar la participación

En una quinta parte de los casos, el ente local puso algún recurso o dispositivo para facilitar la participación de la persona cuidadora en el grupo de apoyo.

Las personas con recursos asignados para facilitar su participación tenían mayores valores iniciales de depresión y ansiedad (5,9 y 4,4) que las que no tenían recursos asignados (5,7 y 4,1).

Asimismo, las personas con recursos asignados para facilitar su participación tenían mayores reducciones de la ansiedad y la depresión (-32 % y -27 %) que las que no tenían recursos asignados (-24 % y -20 %).

Figura 96. Valores iniciales e impacto según recursos asignados para facilitar la participación (2021)

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Sí	90	5,9	4,4	-32 %	-27 %
No	337	5,7	4,1	-24 %	-20 %
Total general	427	5,8	4,1	-26 %	-22 %

⁶³ Dada la cantidad limitada de casos, no se ha incluido a las personas con la categoría de «discapacidad psíquica» (18 casos) y «otros» (15 casos).

Según el número de sesiones organizadas

Los GSAM se organizan en diversas sesiones, y ha habido una cierta variación en su número, sobre todo en la edición de 2020, debido a los efectos de las restricciones asociadas a la pandemia del COVID-19. Sin embargo, el criterio general es que el número de sesiones estándar de un GSAM sean 10 (915 participantes de un total de 1.175).

Los valores iniciales de ansiedad y depresión no presentan ningún patrón en relación con el número de sesiones organizadas.

Por lo que respecta al impacto, se constata que los GSAM tienen impactos significativos con independencia del número de sesiones organizadas.

Sin embargo, en el caso de la ansiedad, se consigue una mayor reducción con GSAM de duración estándar (10 sesiones) o duración larga (16 sesiones).

Por su parte, en cuanto a la depresión, los datos no son concluyentes. Se obtienen importantes reducciones tanto con GSAM largos (16 sesiones) como cortos (6 y 8 sesiones).

Figura 97. Valores iniciales e impacto según número de sesiones organizadas de los GSAM (2019-2021)⁶⁴

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
6	24	6,0	3,9	-27 %	-32%
7	43	5,8	4,2	-23 %	-23 %
8	58	5,4	3,8	-25 %	-36%
9	42	5,3	3,5	-19 %	-27 %
10	915	5,7	4,1	-30 %	-23 %
16	65	5,3	4,6	-29%	-34%
Total general	1.175	5,7	4,0	-29 %	-25 %

Según la entidad prestadora

La siguiente tabla nos muestra que todas las entidades dirigieron grupos con valores iniciales similares de ansiedad y depresión (aunque cabe destacar que la entidad Espai Sistèmic i Humanista trató a personas con niveles especialmente elevados).

⁶⁴ Tan solo se incluyen las categorías con más de 20 observaciones, para que las conclusiones se basen en un número significativo de registros (no se incluyen las categorías 11, 12 y 14 sesiones).

Todas las entidades lograron una reducción de los niveles de ansiedad de los participantes. De forma análoga, en lo tocante a la depresión, la práctica totalidad de las entidades⁶⁵ consiguieron una reducción de los niveles de depresión de los participantes.

Figura 98. Valores iniciales e impacto según la entidad prestadora (2019-2021)

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Fundación At. Per. Dep.	328	5,7	3,9	-29 %	-25 %
FAFAC	134	5,6	4,0	-32 %	-31 %
AFA Baix Llob.	126	5,2	3,9	-25 %	-23 %
Fund. Hospital	122	5,8	4,0	-30 %	-13 %
Cruz Roja	110	5,7	3,8	-29 %	-23 %
Uszheimer	99	5,8	4,2	-23 %	-22 %
AFA BCN	77	5,6	4,3	-21 %	-21 %
Espai Sistèmic i Humanista	39	6,3	4,8	-39 %	-37 %
AFMADO	16	5,7	3,5	-33 %	-23 %
Fundació Avan	16	5,9	4,6	-16 %	-18 %
*Fundación J. Valiente Pulido	73	6,2	4,8	-45 %	-42 %
*Noemí Cullerell	26	4,3	3,9	-25 %	-22 %
*Fundación Ana Ribot	9	6,2	4,3	-9 %	5 %
Total general	1.175	5,7	4,0	-29 %	-25 %

*No condujeron GSAM durante 2021

Se constatan diferencias de impacto significativas entre las entidades prestadoras.

Centrándonos en las entidades que condujeron GSAM en 2021, en el caso de la **ansiedad**, **4 entidades registraron reducciones iguales o superiores al 30 %** (Espai Sistèmic i Humanista, AFMADO, FAFAC y Fundación Hospital).

En el caso de la **depresión**, **2 entidades mostraron reducciones superiores al 30 %** (Espai Sistèmic i Humanista y FAFAC).

⁶⁵ Con la excepción de la Fundación Ana Ribot (que solo dirigió un grupo de 9 personas en 2019).

Según el formato

El formato habitual de los GSAM es presencial, y todos los grupos de las ediciones 2019 y 2021 se celebraron en este formato.

En el caso de 2020, debido a la irrupción de la pandemia del COVID-19 y las restricciones de movilidad que comportó, los formatos de prestación del programa tuvieron que cambiar para poder ofrecer el servicio. Así, hubo grupos con **formato presencial** realizados antes de las restricciones, grupos en **formato virtual** cuando las restricciones de movilidad y las obligaciones de distanciamiento social se implantaron, y grupos que combinaron los formatos presenciales y no presenciales (**formato mixto**) porque las restricciones se impusieron durante desarrollo del GSAM.

Tal y como puede verse en la siguiente tabla, **todos los formatos de GSAM consiguieron una reducción notable de los niveles de ansiedad y depresión.**

Los formatos **presencial y virtual son los que mostraron una mayor reducción, sobre todo el presencial en lo que respecta a la ansiedad (40 % de reducción).** Por el contrario, el formato mixto mostró una menor reducción de la ansiedad y la depresión, a pesar de tener un impacto relevante.

Figura 99. Valores iniciales e impacto según formato del GSAM (2020)⁶⁶

	N	Valor inicial		Impacto	
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Presencial	71	6,3	4,5	-40 %	-33 %
Virtual	39	5,5	4,1	-33 %	-35 %
Mixto	64	5,5	3,7	-25 %	-30 %
Total general	188	5,9	4,1	-33 %	-32 %

⁶⁶ No se incluyen 14 casos puntuales que se realizaron en formato telefónico dadas las restricciones por el COVID-19.

7. Conclusiones y recomendaciones

El programa GSAM, diseñado por el Área de Igualdad y Sostenibilidad Social (AISS) de la Diputación de Barcelona, tiene la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras e, indirectamente, de las personas a las que cuidan. Desde 2010 hasta 2021, se han realizado 12 ediciones del programa GSAM.

A petición del AISS, el Servicio de Planificación y Evaluación realizó una **evaluación de la implementación** centrada en la organización de las sesiones, el perfil de las personas participantes y la valoración del programa por parte de las personas participantes y de las personas conductoras de los GSAM, y una **evaluación del impacto del programa**, a partir de las variaciones del nivel de ansiedad y sintomatología depresiva al inicio y al final del programa.

Conclusiones generales sobre el programa

Las personas participantes fueron **principalmente mujeres (80 %)**, de entre 56 y 75 años (56 %), en situación de jubilación o prejubilación (51 %), y que partían de **valores iniciales mayores de ansiedad y sintomatología depresiva que los hombres**.

Globalmente, se puede realizar una **valoración positiva del programa GSAM**, tanto desde el punto de vista de la satisfacción de las personas participantes y de las personas conductoras de los grupos como del impacto alcanzado.

Las **personas participantes** mostraron una **elevada satisfacción global con el programa** (9,3 sobre 10 en 2021, manteniéndose la buena valoración respecto a las ediciones anteriores). El funcionamiento de los GSAM, la organización, las instalaciones, la propia satisfacción y especialmente los profesionales conductores de los grupos fueron muy bien valorados por las personas participantes.

Asimismo, los **profesionales conductores de los grupos** también mostraron una **elevada satisfacción global con el programa** (8,8 sobre 10 en 2021, año en el que se realizó la encuesta por primera vez). La satisfacción de los profesionales fue muy alta con las instalaciones y la actividad de los grupos y, con algunos matices, también con la coordinación con los entes locales y con el funcionamiento de los grupos.

En relación con el **impacto del programa**, cabe destacar que las personas participantes tuvieron una **reducción del 29 % del nivel de ansiedad**, y una **reducción del 25 % del nivel de sintomatología depresiva** (ambos medidos con el test de Goldberg).

Tanto las personas participantes como los profesionales coincidieron en que los **temas tratados en las sesiones eran adecuados**.

Sin embargo, la **duración del grupo**, habitualmente de 10 sesiones, fue **valorada como insuficiente** por una parte significativa de las personas participantes y de los profesionales. Sin embargo, hay que decir que los datos de impacto no corroboran que incrementar el número de sesiones reduzca la ansiedad o la sintomatología depresiva.

Asimismo, se observa que el **impacto del programa tiene una duración limitada en el tiempo**. Cuando las personas volvían a empezar otro GSAM (una cuarta parte de los participantes), sus valores iniciales de ansiedad y sintomatología depresiva eran prácticamente iguales a los de las personas que nunca han participado en un GSAM.

Por último, hay que tener presente que **una cuarta parte de las personas participantes abandonan** los grupos GSAM, principalmente por problemas de salud de la persona cuidadora o la cuidada, debido a las dificultades para encontrar a alguien que se encargara de la persona cuidada para poder asistir al grupo, y por el desajuste entre los contenidos y las expectativas.

Recomendaciones

A continuación, se hacen algunas recomendaciones, con la voluntad de incorporar reflexiones para la mejora o el replanteamiento de aspectos concretos del programa.

- Valorar **ampliar el número de sesiones del programa** para dar respuesta a la demanda de mayor duración de las personas participantes y de los profesionales conductores de ofrecer más sesiones.
- Complementariamente, **ofrecer una mayor continuidad del servicio a lo largo del año**. En lugar de concentrar los GSAM en el último trimestre del año, puede ser positivo ofrecerlos durante todo el año.
- Plantearse cómo **dar respuesta a peticiones de nuevas temáticas** que expresan las personas participantes (como orientaciones sobre temas médicos, herramientas de gestión emocional y orientaciones en temas administrativos y burocráticos).
- Poder ofrecer **otros servicios de apoyo** a las personas cuidadoras, como el apoyo psicológico.

- Con el fin de prevenir los abandonos, **facilitar servicios de apoyo domiciliario** para cuidar a la persona cuidada y que la persona cuidadora pueda asistir al grupo.
- Valorar la posibilidad de **incluir algunas preguntas adicionales sobre las personas cuidadoras en la encuesta inicial**, como una oportunidad para obtener información sobre sus características y necesidades.

Referencias bibliográficas

AARP. *El cuidado de los seres queridos en Estados Unidos en 2020* [en línea] 2020 <<https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2020/05/resumen-ejecutivo.doi.10.26419-2Fppi.00103.018.pdf>> [Consulta: 22 de julio de 2021]

ABELLAN, A., et al. *Els nous cuidadors*. [en línea] 2018 <<https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/ca/-/los-nuevos-cuidadores>> [Consulta: 22 de julio de 2021]

AVISON, C., et al. *Outcome Evaluation of the National Family Caregiver Support Program*. 2018.

BERNABÉU ÁLVAREZ, C., et al. *Revisión sistemática: influencia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre cuidadores familiares*. [en línea] 2020 <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200018&lang=pt> [Consulta: 22 de julio de 2021]

CEAFA. *El cuidador en España. Contexto actual y perspectivas de futuro. propuestas de intervención* [en línea] <<https://www.ceafa.es/files/2017/04/ESTUDIO%20CUIDADORES.pdf>> 2016 [Consulta: 20 de julio de 2021]

CRESPO, L., Y LÓPEZ, M. J. *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa «Cómo mantener su bienestar»*. 2007. <<https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>>

CUEVAS, D., et al. (coordinadores). *Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario* [en línea] 2014 <http://www.san.gva.es/documents/156344/0/Guia_de_atencion_a_las_personas_cuidadoras_familiares_en_el_ambito-sanitario.pdf> Valencia [Consulta: 22 de julio de 2021]

GOLDBERG, D., et al. *Detecting anxiety and depression in general medical setting. A BMJ Clinical Research Vol. 297 (No. 6653) pp. 897-9, 1988* [en línea] <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1834427/>> [Consulta: 22 de abril de 2022]

LÓPEZ, J., Y CRESPO, M. *Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión* [en línea] 2007 <<https://www.psicothema.com/pdf/3330.pdf>> [Consulta: 23 de julio de 2021]

ORTIZ-MALLASÉ, V. et al. *Evaluación de la efectividad de un programa de intervención en cuidadores no profesionales de personas dependientes en el ámbito de la atención primaria*. [en línea] 2020 <<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-efectividad-un-programa-intervencion-S0212656720302092>> [Consulta: 22 de julio de 2021]

PONCE, A., et al. *Evaluación de resultados en términos de salud de los talleres grupales de apoyo emocional a cuidadoras de pacientes dependientes*. pp 322-327

PÉREZ FUENTES, J. et al. (compiladores). *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud. Volumen II*. ASUNIVEP, 2016.

REINANTE, G., et al. *Grupo de ayuda mutua para familiares de pacientes con demencia*. «Cuidado al cuidador». 2011.

VÁZQUEZ, L., et al. «*Analysis of the Components of a Cognitive-Behavioral Intervention for the prevention of Depression Administered via Conference Call to Nonprofessional Caregivers: A Randomized Controlled Trial*» [en línea] *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020. 17(6), 2067. <<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/6/2067>> [Consulta: 22 de julio de 2021]

Anexo 1. Evaluaciones de referencia: ámbitos de análisis y escalas

El cuidado de personas dependientes es un fenómeno complejo con múltiples perspectivas de análisis posibles. La literatura académica y la especializada han constatado que cuidar a una persona dependiente puede generar problemas físicos y psicológicos importantes en el cuidador/a.

Según la literatura, este malestar puede relacionarse con diversos factores: el tipo de enfermedades generadoras de la dependencia, las presiones sociales, familiares o tradicionales que empujan a desarrollar el rol de cuidador/a, o la falta de formación específica sobre los cuidados. Asimismo, también se generan tensiones entre la perspectiva individual de las labores y los déficits en las políticas públicas de atención.

Esta complejidad es lo que explica, por un lado, que haya varios enfoques sobre el rol del cuidado y asistencia a las personas dependientes y las tareas que conllevan, y, por otro, que se hayan ensayado múltiples mecanismos para estudiar, aliviar y facilitar la labor del cuidado y sus consecuencias: farmacológicos, psicológicos, médicos, individuales, grupales de ayuda mutua, presenciales, a distancia, informativos, formativos, basados en el *counseling*, institucionalizadores, etc. Los grupos de apoyo y ayuda son un mecanismo más, no el único.

La mayoría de los estudios se basan en alguna escala de medida consolidada en la comunidad científica como fórmula para objetivar los cambios y efectos de las medidas terapéuticas y poder establecer una base para eventuales evaluaciones de sus efectos. No obstante, en algunos estudios se han creado escalas y testes *ad hoc* para análisis concretos.

La siguiente figura es una recopilación de las principales escalas extraídas de la literatura consultada, organizadas según los ámbitos de análisis que se han medido.

Figura 100. Ámbitos de análisis y escalas identificadas**Ansiedad:**

- Subescala de ansiedad y depresión (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HDA)
- Test de Goldberg

Depresión:

- Escala de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI)
- Test de Goldberg

Sobrecarga de la persona cuidadora:

- Escala de sobrecarga de Zarit
- Escala de sobrecarga del cuidador/a (IEC)
- Entrevista de sobrecarga (*Caregiver Burden Interview*, CBI)

Percepción del estado de salud:

- Escala física GHQ-28 (*General Questionnaire-28*)

Salud física:

- PROMIS *Physical Health Measures*

Salud mental:

- Escala PROMISA *Mental Health*

Dolor lumbar asociado a las tareas del cuidado:

- Índice de dolor de espalda, presencia de dolor lumbar
- Escala visual analógica, nivel de dolor lumbar
- Escala Oswestry, incapacitación por dolor lumbar

Calidad de vida de la persona cuidadora:

- Escala EUROQOL-RD (CURS)
- Escala COOP-WONCA

Apoyo/reconocimiento social:

- Cuestionario de apoyo social fundacional DUKE-UNK
- Cuestionario de apoyo social de Saranson (*Social Support Questionnaire, Short Form*, SSSQSR)

Autoestima de la persona cuidadora:

- Escala de Coppersmith
- Escala de autoestima de Rosenberg

En el caso del programa de GSAM, la Diputación de Barcelona optó por analizar los cambios en los estados de **ansiedad** y **depresión** en las personas participantes mediante la **escala o test de Goldberg**.⁶⁷ A pesar de ser un instrumento pensado sobre todo para la detección de posibles situaciones de ansiedad o depresión sobre las que conviene actuar, más que para un diagnóstico clínico,⁶⁸ tiene la ventaja de ser sencilla, fácil de realizar e interpretar. Y, por tanto, es una escala útil para realizar evaluaciones desde el enfoque de las políticas públicas o la gestión pública.

⁶⁷ Ver el anexo 2. Escala de ansiedad y sintomatología depresiva de Goldberg.

⁶⁸ <https://psicologiyamente.com/clinica/test-depresion-goldberg> [Consulta: 31/8/2021] Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familia, 2020. Protocolo Asistencial. Ansiedad. Consulta de reorientación de la demanda. p 12.

Para la realización de la evaluación del impacto de los GSAM se identificaron diversas **evaluaciones** que podían servir de inspiración para evaluar el programa. A continuación, se detallan las evaluaciones consultadas y, además de una breve explicación de la evaluación, se indican las temáticas analizadas (*outputs*) y las escalas utilizadas:

«Evaluación de resultados en términos de salud de los talleres grupales de apoyo emocional a cuidadoras de pacientes dependientes» PONCE, A., et al., pp 322-327 en «Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud. Volumen II». Pérez-Fuentes et al. (compiladores). ASUNIVEP, 2016

Esta evaluación partía de un estudio previo del perfil sociodemográfico de personas cuidadoras familiares de personas dependientes del municipio de Alcalá de Guadaíra (Sevilla). En base a este análisis se evaluó el impacto de un programa de educación grupal participativa de 12 sesiones, conducidas por un docente, sobre un grupo seleccionado de 27 mujeres cuidadoras participantes en 2 grupos.

La evaluación se realizó con la metodología pre-post sin grupo de control, y los *outcomes* y escalas que se utilizaron fueron:

- *Ansiedad*: test de Goldberg
- *Depresión*: test de Goldberg
- *Apoyo/reconocimiento social*: cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNK
- *Autoestima*: escala de Coppersmith
- *Calidad de vida de la persona cuidadora*: escala COOP-WONCA

«El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”» CRESPO, L., Y LÓPEZ, M. J., 2007

Las intervenciones evaluadas del programa «Cómo mantener su bienestar» son individuales, donde un/a paciente o bien realizaba sesiones individuales tradicionales con un/a terapeuta cara a cara, o bien sesiones telefónicas y con materiales de apoyo, con un mínimo contacto con el/ la terapeuta. Los análisis de impacto se realizaron en base a tres grupos: un grupo de control basado en las listas de espera, un segundo grupo con las personas que realizaron las sesiones cara a cara tradicionales con el terapeuta, y un tercer grupo con los que tuvieron un contacto mínimo con el terapeuta basado en materiales formativos y contacto telefónico.

Las escalas utilizadas para el análisis de los resultados (impacto) fueron las siguientes:

- *Ansiedad*: subescala de ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale HDA)
- *Depresión*: escala de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)
- *Percepción del estado de salud*: escala física del GHQ-28 (General Health Questionnaire-28) y un cuestionario de salud física de diseño propio.

Y, en cuanto a las variables mediadoras (condicionadoras de los resultados) de su modelo:

- *Sobrecarga de la persona cuidadora*: entrevista de sobrecarga (Caregiver Burden Interview, CBI)
- *Satisfacción con el cuidado*: escala de satisfacción con el cuidado de Lawton (Caregiving Satisfaction Scale Lawton)
- *Autoestima de la persona cuidadora*: escala de autoestima de Rosenberg
- *Sobre el apoyo social*: cuestionario de apoyo social de Saranson (Social Support Questionnaire, short form, SSQSR)
- *Estrategias de cómo afrontar los cuidados*: cuestionario COPE abreviado (Brief-COPE Inventory)

«Evaluación de la efectividad de un programa de intervención en cuidadores no profesionales de personas dependientes en el ámbito de la atención primaria» ORTIZ-MALLASÉ, V., et al. 2020.

Esta evaluación de impacto basada en la metodología antes/después y sin grupo de control de un programa con muchas semejanzas con los GSAM en cuanto a la organización de la intervención (10 sesiones grupales, de 120 minutos, con un máximo 12 personas participantes) utilizó las siguientes escalas para valorar los resultados de la intervención:

- *Sobrecarga de la persona cuidadora*: escala de sobrecarga de Zarit
- *Dolor lumbar*: índice de dolor de espalda, presencia de dolor lumbar; escala visual analógica, nivel de dolor lumbar; y escala Oswestry, incapacidad por dolor lumbar.
- *Apoyo social percibido*: cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNK
- *Calidad de vida de la persona cuidadora*: escala EUROQoL-5D (CVRS)

«Grupo de ayuda mutua para familiares de pacientes con demencia. “Cuidado al cuidador”» REINANTE, G., et al. 2011.

Esta evaluación analizó la necesidad de poner en marcha un grupo terapéutico para familiares de personas diagnosticadas de demencia. Se realizaron diez sesiones con mujeres de entre 30 y 50 años, en las que se explicaba qué era el «síndrome de la persona cuidadora», se daban pautas para hacer frente a los síntomas de la demencia y se realizaban actividades para favorecer la expresión de las emociones y ejercicios de relajación para inducir la autoestima. La estrategia de abordaje tiene muchas similitudes con los GSAM analizados.

Las escalas utilizadas fueron:

- *Sobrecarga de la persona cuidadora*: escala de sobrecarga de zarit
- *Depresión*: escala de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

«Outcome Evaluation of the National Family Caregiver Support Program» AVISON, C., et al. 2018.

Este estudio es la evaluación de impacto del programa del Gobierno Federal de EE.UU. llamado «National Family Caregiver Support Program (NFCSP)», diseñado para apoyar las necesidades de las familias u otros cuidadores informales en el cuidado de personas mayores con necesidades de cuidado elevadas derivadas del envejecimiento, y menores o adultos que padecen discapacidades.

Las escalas que utilizaron los autores fueron:

- *Salud mental*: escala PROMIS Mental Health
- *Salud física*: PROMIS Physical Health Measures
- *Sobrecarga de la persona cuidadora*: escala de sobrecarga de Zarit

Así pues, la ansiedad y la depresión son algunos de los ámbitos de análisis en los grupos de apoyo de ayuda mutua, pero también hay otros, como la sobrecarga que sufren las personas cuidadoras informales, su calidad de vida o la autopercepción de su estado general de salud.

Uno de los métodos más utilizados para estudiar los efectos de los cuidados de las personas dependientes en los cuidadores y cuidadoras son las **escalas**. Estas tienen por objetivo medir un ámbito relevante de la problemática (médico, sobrecarga, calidad

de vida, etc.) de una forma objetiva, permitiendo recoger evidencias del impacto del cuidado.

De las diversas opciones para la definición y gestión de los GSAM, la Diputación de Barcelona escogió analizar la ansiedad y la depresión con la escala de Goldberg para medir cambios en los niveles de ansiedad y depresión de las personas participantes en el programa. Se trata de una escala más pensada para una detección inicial de posibles casos de ansiedad y depresión que para medir los efectos de los tratamientos de estas patologías, pero su facilidad en cuanto a la recogida de la información y su interpretación la hace especialmente útil para evaluaciones politológicas o de gestión pública. Otras escalas utilizadas detectadas son, en lo que se refiere a la ansiedad, la subescala de ansiedad y depresión (*Hospital Anxiety and Depression*, HDA) y, en cuanto a la depresión, la escala de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI).

Anexo 2: Escala de ansiedad y sintomatología depresiva de Goldberg⁶⁹

SUBESCALA DE ANSIEDAD:

Opciones de respuesta:	Sí	No
1. ¿Se ha sentido muy nervioso, excitado o en tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado muy preocupado por alguna cosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha dormido mal o ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido dolor de cabeza o de cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas? Temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL:		

SUBESCALA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA:

Opciones de respuesta:	Sí	No
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha sentido sin esperanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁶⁹ GOLDBERG, D., et al. *Detecting anxiety and depression in general medical setting*. A BMJ Clinical Research Vol. 297 (No. 6653) pp. 897-9. 1988.

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha perdido peso (debido a falta de hambre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha sentido enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cree que ha tenido tendencia a encontrarse peor por la mañana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL:		

Anexo 3. Ficha de datos de las personas cuidadoras

Estimados compañeros:

Con tal de recoger la información necesaria para iniciar el Grupo de Apoyo emocional y Ayuda Mutua de este año, tendréis que rellenar un cuestionario por cada uno de los participantes que tenéis detectado que formarán parte del grupo.

Es necesario que identifiquéis a cada persona cuidadora con un código y que facilitéis la información que se solicita.

Gracias.

Datos del ente local

1. Municipio

2. Referente técnico/a del municipio

3. Entidad prestadora

4. Dirección electrónica de la entidad

5. Fecha de inicio de las actuaciones

6. Fecha de finalización de las actuaciones

7. Formato del GSAM

Presencial

Virtual

Mixto combinado (combinación de sesiones presenciales y virtuales)

Mixto simultáneo (participantes presenciales y virtuales simultáneos)

Datos de la persona cuidadora

8. Código de participante (numérico)

9. Municipio de residencia de la persona cuidadora

10. Género
- Mujer
 - Hombre
 - No binario
-

11. Edad
- < 46 años
 - 46-55 años
 - 56-65 años
 - 66-75 años
 - > 75 años
-

12. Lugar de nacimiento
- Cataluña
 - Resto de España
 - Extranjero
-

13. Nivel de estudios
- No ha acabado los estudios obligatorios
 - Obligatorios (primaria, EGB, ESO)
 - Secundarios generales (bachillerato, PREU, BUP, COU)
 - Secundarios profesionales (comercio, FP1, FP2, módulos, grado medio/superior)
 - Universitarios (grados, diplomatura, licenciatura)
 - Posuniversitarios (máster, posgrado, doctorado que requieran titulación universitaria)
-

14. Situación laboral
- Trabaja (como asalariado/a, como autónomo/a o con contratación de personal)
 - Está en el paro (incluido ERE total)
 - Cobra jubilación, prejubilación o pensión / incapacitación laboral
 - Realiza tareas de la casa (no remuneradas)
 - Estudia
 - Otras
-

15. ¿Cómo llegará al centro donde hará el grupo?
- Caminando
 - Transporte público
 - Transporte privado
 - Otros
-

16. ¿Cuánto tiempo tardará en llegar?
- Hasta 15 minutos
 - Entre 16 y 30 minutos
 - Más de 30 minutos
-

17. ¿A quién cuida?
- Hijo/a
 - Pareja
 - Padre/madre
 - Yerno/nuera
 - Cuñado/a
 - Otros. Especificíquelo:
-

18. Patología del/de la familiar

- Alzheimer
- Parkinson
- Otras demencias
- Vejez/ayuda en las ABVD
- Discapacidad física
- Discapacidad psíquica
- Ictus
- Trastorno mental
- Pluripatología
- Otras

19. ¿Cuántos años hace que lo/a cuida?

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 2 años
- Entre 3 y 6 años
- Más de 6 años

20. ¿Cuántas horas dedica al cuidado del/de la familiar?

- 1-2 h al día
- 3-5 h al día
- 6-9 h al día
- 10 h o más

21. ¿Vive con la persona a la que cuida?

- Sí
- No

22. ¿Ha participado anteriormente en algún GSAM?

- Sí
- No

23. ¿El Ayuntamiento ha puesto algún recurso o dispositivo para facilitar la participación de la persona cuidadora en el GSAM?

- Sí
- No

23.1. En caso de que sí, ¿cuál?

- Respir domiciliario
- SAD
- Medios de transporte
- Otros. Especifíquelo:

24. Observaciones

Resultados del test de Goldberg

Marque la puntuación total (número de respuestas positivas) de las escalas de ansiedad y depresión obtenidas por la persona en la primera y en la última sesión del grupo.

Resultados primera sesión: ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Resultados primera sesión: depresión

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Resultados última sesión: ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Resultados última sesión: depresión

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Libro de asistencia a las sesiones del GSAM

Número de sesiones: _____

	Sí	No
Sesión 1		
Sesión 2		
Sesión 3		
Sesión 4		
Sesión 5		
Sesión 6		
Sesión 7		
Sesión 8		
Sesión 9		
Sesión 10		

Anexo 4. Encuesta de satisfacción a las personas participantes

Le rogamos que dedique unos minutos a contestar este cuestionario. No tardará más de 7 minutos. La encuesta es anónima.

Los objetivos son conocer el nivel de satisfacción con la organización y el funcionamiento del Grupo de Apoyo emocional y Ayuda Mutua de la Diputación de Barcelona, y detectar los aspectos en que pueda mejorarse.

Agradecemos su colaboración.

Título: GRUPO DE APOYO EMOCIONAL Y AYUDA MUTUA (GSAM)

Ente local:

Código:

Entidad prestadora:

Fecha:

1. ¿Vive con la persona a la que cuida?

- Sí
 No

2. ¿Ha participado anteriormente en algún Grupo de Apoyo de Ayuda Mutua?

- Sí
 No

2.1. (Si responde que Sí ha participado anteriormente) ¿Por qué motivo ha vuelto a participar en un GSAM?

3. ¿Cuál ha sido el formato del Grupo de Apoyo emocional y Ayuda Mutua en que ha participado?

- Todo presencial
 Todo virtual / online
 Combinación de **sesiones** presenciales y virtuales (mixto)
 Combinación de **asistentes** presenciales y virtuales simultáneamente (mixto)

4. ¿Cómo ha conocido este Grupo?

- A través de un familiar, amistad o persona conocida
 A través de un familiar, amistad o persona conocida que ha participado antes
 A través de una asociación
 A través de servicios sociales (me han derivado)
 A través del CAP (me han derivado)
 A través del Ayuntamiento (publicidad, campaña de comunicación y difusión)
 A través de internet o de las redes sociales
 Otros (especifíquelo)
 No lo recuerda
-

VALORACIÓN GLOBAL

5. ¿Cuál es su valoración global del grupo, expresada en una escala del 0 (muy deficiente) al 10 (excelente)? Marque con una X la casilla correspondiente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*Muy deficiente**Excelente*

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión:

6. Sobre la actividad	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
6.1. La información previa al grupo ha sido adecuada.				
6.2. Los temas tratados han respondido a mis expectativas.				
6.3. En todo momento han resuelto las dudas que he tenido.				
6.4. Creo que el grupo ha sido una experiencia positiva.				
7. Sobre el/la conductor/a del grupo	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
7.1. Tiene buenos conocimientos de la materia.				
7.2. Fomenta un clima participativo.				
7.3. Manifiesta buena disposición a aclarar dudas.				
8. (Si el grupo ha sido presencial o mixto) Sobre las instalaciones	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
8.1. Es fácil acceder al centro, el transporte público llega, se puede ir a pie.				
8.2. Las condiciones y el confort de la sala donde se reúne el grupo son adecuados.				
9. (Si el grupo ha sido virtual o mixto) Sobre el formato virtual	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
9.1. El funcionamiento virtual o mixto del grupo ha sido satisfactorio.				
10. Sobre la satisfacción del cuidador/a	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
10.1. Ha encontrado respuesta a las necesidades que le motivaron a participar en el grupo.				
10.2. La asistencia al grupo le ha permitido entender mejor la situación de la persona a la que está cuidando.				
10.3. Desde que participa en el grupo se siente mejor físicamente y psicológicamente.				

11. Sobre la organización	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
11.1. La duración del grupo ha sido adecuada.				
11.2. El horario ha sido adecuado.				
11.3. La periodicidad de los encuentros del grupo ha sido adecuada.				
11.4. Recomendaría el grupo a otra persona cuidadora.				

12. ¿Qué mejoraría del grupo en el que ha participado?

13. De los diferentes temas tratados durante las sesiones, ¿cuál le ha resultado más útil? *Solo una respuesta*

- Recibir información sobre los recursos de los que disponen
- Entender mejor la enfermedad y los procesos
- Tener un espacio donde sentirse escuchado/a
- Crear una red con personas en situación similar
- Compartir experiencias
- Ninguno de los anteriores.

13.1. (Si responde «ninguno de los anteriores») ¿Qué otro tema cree que le ha resultado más útil?

14. ¿Hay algún tema que no se ha tratado durante las sesiones y que considere importante?

15. ¿Qué otras actividades o servicios de ayuda necesita en su labor de persona cuidadora? Máximo 2 respuestas

- Una persona que se quede con la persona dependiente
- Apoyo psicológico
- Tener tiempo para uno/a mismo/a
- Más información sobre la enfermedad
- Compartirlo con otras personas en la misma situación
- Otros. Especifíquelos:

DATOS GENERALES

16. Género

- Mujer
- Hombre
- No binario

17. Edad

- < 46 años
- 46-55 años
- 56-65 años
- 66-75 años
- > 75 años

18. Lugar de nacimiento

- Cataluña
- Resto de España
- Extranjero

19. ¿Cuál es su nivel de estudios?

- No ha acabado los estudios obligatorios
- Obligatorios (primaria, EGB, ESO)
- Secundarios generales (bachillerato, PREU, BUP, COU)
- Secundarios profesionales (comercio, FP1, FP2, módulos, grado medio/superior)
- Universitarios (grados, diplomatura, licenciatura)
- Posuniversitarios (máster, posgrado, doctorado que requieran titulación universitaria)

20. ¿Cuál es su situación laboral?

- Trabaja (como asalariado/a, como autónomo/a o con contratación de personal)
- Está en el paro (incluido ERE total)
- Cobra jubilación, prejubilación o pensión / incapacidad laboral
- Realiza tareas de la casa (no remuneradas)
- Estudia
- Otras

COMENTARIOS FINALES

21. Para acabar, ¿desea añadir algún comentario?

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 5. Encuesta a las personas conductoras de los GSAM

Le rogamos que dedique unos minutos a contestar este cuestionario. No tardará más de 7 minutos. La encuesta es anónima.

Los objetivos son conocer el nivel de satisfacción con la organización y el funcionamiento del Grupo de Apoyo emocional y Ayuda Mutua de la Diputación de Barcelona, y detectar los aspectos en que pueda mejorarse.

Agradecemos su colaboración.

DATOS GENERALES

Título: GRUPO DE APOYO EMOCIONAL Y AYUDA MUTUA (GSAM)

Ente local:

Código:

Entidad prestadora:

Fecha:

1. ¿Cuál ha sido el formato del Grupo de Apoyo emocional y Ayuda Mutua que ha conducido?
- Todo presencial
 - Todo virtual / online
 - Combinación de **sesiones** presenciales y virtuales (mixto)
 - Combinación de **asistentes** presenciales y virtuales simultáneamente (mixto)

2. ¿Cuántos años hace que conduce Grupos de Apoyo de Ayuda Mutua?
- Es el primer año
 - Es el segundo año
 - Hace 3 años o más

VALORACIÓN GLOBAL DEL GSAM

3. ¿Cuál es su valoración global del GSAM, expresada en una escala del 0 (muy deficiente) al 10 (excelente)? Marque con una X la casilla correspondiente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Muy deficiente

Excelente

SOBRE LA COORDINACIÓN CON EL ENTE LOCAL

Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
4. La información previa sobre el grupo ha sido adecuada.				
5. La persona referente de contacto del Ayuntamiento está claramente identificada.				
6. La persona de contacto del Ayuntamiento es accesible y fácil de contactar.				
7. Las acciones de comunicación y difusión del grupo han sido adecuadas.				
8. Sobre la coordinación e interlocución con el Ayuntamiento, ¿qué mejoraría?				

SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO

Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
9. El número de asistentes ha sido adecuado.				
10. El grupo estaba cohesionado.				
11. La homogeneidad de las personas participantes en relación con las patologías de las personas que cuidan favorece el buen funcionamiento del grupo.				
12. La duración del grupo ha sido adecuada.				
13. El horario ha sido adecuado.				
14. La periodicidad de los encuentros del grupo ha sido adecuada.				
15. Sobre el funcionamiento del grupo, ¿qué mejoraría?				

SOBRE LAS INSTALACIONES

Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
<i>Si ha sido presencial o mixto</i>				
16. Las condiciones y el confort de la sala donde se reunía el grupo eran adecuadas.				
<i>Si ha sido virtual o mixto</i>				
17. El funcionamiento virtual del grupo ha sido satisfactorio.				
18. Sobre las instalaciones y el funcionamiento virtual o mixto de las sesiones, ¿qué mejoraría?				

SOBRE LA ACTIVIDAD DEL GRUPO

Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
19. Los temas tratados en las sesiones se han adecuado a las necesidades y expectativas del grupo.				
20. La comunicación con las personas asistentes ha sido fluida.				
21. Sobre la actividad del grupo, ¿qué mejoraría?				

22. En relación con los temas tratados en las sesiones, ¿cuál cree que ha sido más útil para los asistentes?

Solo una respuesta

- Recibir información sobre los recursos de los que disponen
- Entender mejor la enfermedad y los procesos
- Tener un espacio donde sentirse escuchado/a
- Crear una red con personas en situación similar
- Compartir experiencias
- Ninguno de los anteriores

22.1. (Si responde «ninguno de los anteriores») ¿Qué otro tema cree que ha sido más útil para los asistentes?

SOBRE LOS ABANDONOS DEL GRUPO

23. ¿Ha abandonado algún/una participante el grupo de ayuda que ha conducido usted?

- Sí
- No

24. (Si responde que sí) ¿Cuál o cuáles cree que han sido los motivos del abandono del grupo? Señalar los motivos principales (máx. 3)

- Defunción de la persona que cuida
- Institucionalización u hospitalización de la persona que cuida
- Problemas de salud de la persona cuidadora o la cuidada
- Baja satisfacción con el Grupo de Ayuda Mutua
- Desajuste de los contenidos con las expectativas
- Dificultad de acceso o falta de transporte
- Dificultades para encontrar a alguien que se encargue de la persona mientras asiste al grupo
- Otros. Especifíquelos:

25. ¿Qué actuación cree que podría llevarse a cabo para reducir los abandonos de las personas participantes?

COMENTARIOS FINALES

26. Para acabar, ¿desearía añadir algún comentario?

Muchas gracias por su colaboración

