

# **Creencias sociales sobre las tareas de cuidado de mujeres participantes en talleres psicoeducativos**

Dr. Francisco Javier Saavedra Macías  
Universidad de Sevilla  
Dep. Psicología Experimental  
fjsaavedra@us.es

## **Abstract**

Las creencias o pensamientos sobre las tareas de cuidado de mujeres cuidadoras han sido muy poco estudiadas. En los estudios existentes estas creencias o pensamientos han sido calificados como disfuncionales, desadaptativos o irracionales desde una perspectiva cognitiva. Estos pensamientos disfuncionales han sido directamente relacionados con depresión, estilos de afrontamientos inadecuados y poco apoyo social. En este trabajo se defiende que las creencias, llamadas irracionales, tienen funciones sociales que no debemos olvidar. Con el adjetivo de “social” se quiere hacer énfasis en estas funciones sociales que desde un punto de vista intrapsíquico podemos obviar. En el presente trabajo se señalan ocho creencias sociales que han sido expresadas reiteradamente por mujeres cuidadoras participantes de un taller psicoeducativo. Estas creencias sociales esenciales que son descritas en el presente trabajo son el resultado del análisis discursivo de las intervenciones de las mujeres en una tarea de identificación de emociones por medio de historias.

**Palabras claves:** Cuidadoras; tareas de cuidado; creencias disfuncionales; creencias sociales, análisis discursivo.



Según los datos aportados en el II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía existen cerca de 700.000 personas dependientes en esta comunidad autónoma (PISMA, 2008-2012). Es decir, que necesitan ayuda para poder desenvolverse en la vida diaria. En España según el INE existen 1,39 millones de personas que por enfermedad o discapacidad no pueden realizar por si mismas tareas básicas de la vida sin ayuda (INE, 2008) y según el instituto nacional de estadística el 76,3% de las personas cuidadoras identificadas que les prestan ayudas son mujeres (INE, 2009). Estas mujeres presentan una edad entre 45 y 55 años y viven en el hogar con la persona cuidada. También son mayoritariamente mujeres las que reciben cuidados. Desde los 45 años la tasa de mujeres dependientes supera a la de hombres. Por lo tanto, la escena más frecuente de cuidado sería una mujer que cuida a otra mujer.

Algunas de las características de las personas cuidadoras obtenidas de los estudios del IMSERSO (2005) y Rodríguez (2004) son las siguientes. De entre las mujeres cuidadoras, un 43 % son hijas, un 22 % son esposas y un 7'5% son nueras de la persona cuidada. Con lo cual, las mujeres no sólo son cuidadoras de familiares directos, sino que en una proporción considerable cuidan a familiares directos de los maridos. Un 20% de los cuidadores y cuidadoras supera la edad de 65 años. Mayoritariamente están casados y casadas (75.2%) y una parte importante de cuidadores y cuidadoras viven en el mismo domicilio que la persona cuidada (60%) En la mayoría de los casos las cuidadoras y cuidadores no tienen ninguna ocupación remunerada (74%). Este dato está variando debido a la aplicación de la Ley de la Promoción de la Autonomía por la cual muchas cuidadoras y cuidadores están recibiendo una prestación económica por sus cuidados. La implementación de esta Ley y de otras medidas legislativas y de gestión clínica esta cambiando el contexto socio-político de las cuidadoras (Saavedra, 2009). Este tema es muy interesante y pertinente, no obstante escapa los objetivos del presente trabajo. La gran parte de los cuidadores y cuidadoras realizan tareas de cuidados diarias a un familiar de mayor edad (84.6%).

Para profundizar en estos datos de forma actualizada se puede acudir al Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística del año 2009. Accesible en la red en: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0209.pdf> y a la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia del año 2008 <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>.

La tarea de cuidado de una persona con una enfermedad crónica en el ámbito familiar es de una gran complejidad ya que comprende tareas de enfermería (especialmente con algunos tipos de enfermedades), coordinación, gestión sanitaria, mediadora familiar, apoyo social, etc. Todo ello sin olvidarse de la tarea más importante: el desarrollo personal de la propia cuidadora. Es precisamente esta última y fundamental tarea la que se suele sacrificar (Saavedra, 2009). Por ello no es extraño que numerosas investigaciones han señalado que las personas cuidadoras sufren de un riesgo mayor de sufrir depresión mayor y trastorno de ansiedad en comparación con su población de edad y género (Vitaliano, Russo, Scanlan, y Greeno, 1996). Según el INSERSO, alrededor del 18% de las personas que están prestando cuidados a personas con déficits funcionales o cognitivos están deprimidas, un 31 % han debido tomar pastillas, un 24.9% aunque no está recibiendo ningún tratamiento opina que lo necesitaría. En cuanto a las implicaciones de carácter físico de las tareas de cuidado, existe una evidente asociación entre estas tareas y los riesgos de sufrir patologías orgánicas como hipertensión, lumbalgias y otros dolores musculares. La asociación entre estas variables

puede que sea indirecta. Es decir, las tareas de cuidado a la larga implica que las cuidadoras desatiendan su salud, por ejemplo no acudiendo a revisiones médicas, por lo cual su estado físico empeore (Vitaliano, Zhang y Scanlan, 2003).

En relación con las creencias o pensamientos básicos, la psicología cognitiva clínica ha definido las creencias o pensamientos disfuncionales como esquemas cognitivos muy arraigados de carácter aprendido que se estructuran en forma de leyes o proposiciones lógicas categóricas y que se expresan generalmente mediante pensamientos automáticos. Estos pueden ser activados en situaciones estresantes imposibilitando patrones conductuales adecuados y estilos de afrontamientos adaptativos. Los dos autores clásicos que en el campo de la psicología han contribuido al desarrollo de este concepto son Beck (Beck y otros, 1979) y Ellis (2003), aunque existan entre ellos diferencias en la concepción de las creencias disfuncionales y su tratamiento psicoterapéutico. Beck fundamentó los pensamientos disfuncionales en una serie de procesos inferenciales disruptivos. Por ejemplo, para la depresión (Beck, 1967; Beck y otros, 1979) postula los siguientes errores en el procesamiento de la información:

**INFERENCIA ARBITRARIA:** Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoya o cuando la evidencia es contraria.

**ABSTRACCIÓN SELECTIVA:** Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.

**SOBREGENERALIZACIÓN:** Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre si.

**MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN:** Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.

**PERSONALIZACIÓN:** Tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.

**PENSAMIENTO DICOTÓMICO O POLARIZACIÓN:** Tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Ellis (2003) propone directamente tres principales creencias irracionales que denominó primarias y son:

Referente a la meta de Aprobación/Afecto:

"Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí".

Referente a la meta de Éxito/Competencia o Habilidad personal:

"Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".

Referente a la meta de Bienestar:

"Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello".

A pesar de la prolijidad de la investigación sobre pensamientos o actitudes disfuncionales en salud mental, los estudios referidos a los pensamientos o actitudes disfuncionales en personas cuidadoras son muy escasos. Podemos citar el excelente y amplio estudio de Losada, Montorio, Fernández de Trocóniz, y Márquez (2005) sobre cuidadores de personas que padecen demencia. En este estudio se correlacionan los

pensamientos disfuncionales, divididos en dos factores (Entrega- aislamiento y Autoexigencia emocional), con diferentes variables psicológicas y sociales mediante un cuestionario construido por los autores. El cuestionario se denomina pensamientos disfuncionales sobre el cuidado (CPD). Además, estos mismos autores citan los trabajos de McNaughton, (1992) McNaughton y otros (1995), y Stebbins y Pakerman (2001), los cuales tratan directamente la influencia de los pensamientos disfuncionales en las tareas de cuidado.

En general estos trabajos apuntan que los pensamientos o creencias disfuncionales determinan las interpretaciones de las conductas de los enfermos por parte de cuidadores y cuidadoras, su patrón de búsqueda de ayuda y su tipo de afrontamiento. De cualquier modo, es evidente que nuestras creencias son mediadoras de nuestras respuestas al estrés y pueden ser una de las causas de muchos trastornos psicopatológicos.

Sin embargo, en mi opinión estas aproximaciones adolecen de un excesivo cognitivismo obviando la dimensión socio-cultural que sostienen y dan sentido a estos pensamientos disfuncionales. Por una parte, el concepto de “disfuncional” o “irracional” desposee de funcionalidad al hecho de la persistencia del pensamiento en el sistema cognitivo. Así, el pensamiento disfuncional desde la psicología cognitiva podría entenderse como un error de pensamiento, un procesamiento de la información disfuncional que se solventará cuando el sujeto piense de forma “correcta”, más “científica”. Por otro lado, aunque todas las teorías sostienen que los pensamientos disfuncionales tienen una base aprendida, no hacen énfasis en su naturaleza socio-cultural y en la función mantenedora de un modo de organización social y una división de poder muy concreto.

Debido a estas razones, y sin rechazar las aportaciones de la psicología cognitiva, utilizo en el título de este trabajo el concepto de “creencia social” y no el de “idea irracional o disfuncional”. Desde esta perspectiva una creencia social se acercaría al concepto de “ideología”. Así estas creencias sociales básicas podrían definirse como proposiciones básicas que predisponen para la acción o la inacción en determinados contextos, en este sentido se acercaría al concepto de actitud, y otorgan sentido a las personas en contextos sociales determinados y facilitan la supervivencia de un reparto de poder concreto y de un tipo de organización social (Van Dijk, 1999).

Desde esta perspectiva la investigación debe también enfocarse desde un acercamiento discursivo, ya que es en el discurso donde se imbrican estas creencias y se hacen visibles, y son discursos o narrativas más globales (metanarrativas o narrativas maestras) las que articulan estas creencias sociales. Es decir, el cambio de una creencia social no supone simplemente una transformación en la forma de procesar la información (pensar como un científico) sino retar un discurso dominante y aceptar el conflicto con otros agentes en el contexto social. Aparte de aceptar el desequilibrio de una nueva búsqueda del sentido de la vida. Es decir, volver a re-escribir la historia de la vida. Como es evidente, todo ello es mucho más difícil que un simple cambio en la forma de razonar. El objetivo de este trabajo es mostrar las creencias sociales más frecuentes en mujeres cuidadoras participantes en un programa de intervención psicoeducativo. Desde una perspectiva discursiva se renunció a utilizar cuestionarios o pruebas estandarizadas. Las creencias sociales fueron expresadas por las mujeres durante el trabajo en un módulo específico sobre control de las emociones que se describirá brevemente en la siguiente

sección. Se mostrarán las ocho creencias sociales que aparecieron en todas las ediciones del programa hasta el día de hoy.

### **Programa de Intervención y participantes**

El programa de intervención se compone de cuatro talleres aproximadamente de cuatro horas cada uno impartidos a la razón de uno a la semana. El fin de este programa psicoeducativo es dotar a las mujeres cuidadoras de recursos básicos para identificar y controlar sus propias emociones en los contextos de cuidados, así como habilidades sociales para comunicarse con eficacia en actos comunicativos esenciales: pedir ayuda, decir que no, aceptar y hacer críticas, etc.

Los talleres se encuentran divididos en cuatro bloques temáticos: Las emociones: ¿Cómo conocerlas y controlarlas?; Entrenamientos en técnicas de relajación: Ejercicios de respiración; Ejercicios de imaginación y visualización; Habilidades Sociales: ¿Cómo comunicarse con eficacia? Los talleres son dirigidos e impartidos por un equipo interdisciplinario de tres miembros: Un trabajador social, una enfermera y un psicólogo. Los talleres se celebran a partir de la petición de ayuntamientos de la provincia y gracias al apoyo de la Diputación de Sevilla y de la Asociación de Apoyo a Familiares de Enfermos Crónicos. En Saavedra (2009) se describe con mayor extensión este programa y se profundiza especialmente en el módulo de control e identificación de las emociones.

Desde el año 2007 hasta la actualidad se han desarrollado talleres en los siguientes pueblos de la provincia de Sevilla: la Algaba, Olivares, Salteras, Brenes, Gelves, Gines, Albaida, Villanueva del Ariscal y Badolatosa. Todos son pequeños municipios de la provincia de Sevilla. Algunos de éstos se encuentran muy cerca de Sevilla-Capital como Gelves o Gines, sin embargo otros como Villanueva del Ariscal, Albaida o Badolatosa presentan un perfil mucho más rural. En algunos de estos pueblos se han repetido los talleres para grupos distintos de mujeres hasta tres veces. En total han pasado por los talleres 150 mujeres y cuatro hombres, con una edad media de 44 años. De acuerdo con los datos estadísticos aportados en la introducción la mayoría de éstas se dedicaban en exclusivo a las tareas de cuidado y a su casa. De igual modo, el parentesco habitual con la persona cuidada era de hijas y esposas. No todos los participantes eran cuidadoras informales, un pequeño número de mujeres prestaban servicios profesionales como auxiliares o cuidadoras en los equipos de asistencia a domicilio de los municipios. También hemos encontrado un número reducido de cuidadoras familiares que al mismo tiempo trabajaban fuera del hogar y que eran las que sustentaban económicamente la familia. Esto ocurría principalmente cuando el padre de familia era el dependiente. Encontramos a dos personas inmigrantes, provenientes de Sudamérica, dedicadas a los cuidados como ocupación profesional. El 90% de las participantes disfrutaban solo de estudios básicos. Algunas mujeres presentaban problemas para escribir y leer, pudiendo ser categorizadas como analfabetas funcionales.

Estos talleres se han adaptado para profesionales impartándose en los cursos de formación continua de la Diputación de Sevilla y para profesionales del Servicio Andaluz de Salud. En algún pueblo como Salteras se integró este programa psicoeducativo en un programa de mayor duración, en el cual además de los contenidos señalados anteriormente se incluían módulos específicos como por ejemplo

“movilización y problemas con enfermos encamados”, “Duelo” o “Ley de Promoción de la Autonomía”.

### **Procedimiento**

Los datos que se aportan en este trabajo provienen de una actividad perteneciente a un módulo en concreto del programa de intervención. Las emociones: ¿Cómo conocerlas y controlarlas? Brevemente, esta actividad consiste en contar una historia tipo sobre una cuidadora con la cual las participantes deben identificarse y comentar las emociones que estaría sintiendo la protagonista de la historia. Como se puede suponer, finalmente las participantes acaban proyectando sus emociones en la protagonista de la historia. Para una mayor descripción de esta actividad se puede acudir a Saavedra (2009). El objetivo de la actividad es explorar las emociones que surgen en las tareas de cuidado, identificarlas y normalizarlas. En el caso de que sean emociones difíciles de aceptar o muy disruptivas ayudar a gestionarlas.

Un muestreo de las intervenciones de las participantes fue analizado por los directores del programa. Estas intervenciones pertenecían a la actividad descrita anteriormente. Los actos discursivos en los cuales es posible categorizar estas intervenciones son muy variados: quejas, peticiones, explicaciones o súplicas en las que se evidenciaba alguna creencia social. Estas intervenciones se estudiaron a posteriori mediante un análisis saturado según las premisas de la teoría fundamentada (Clarke, 2005). Las intervenciones de las participantes fueron categorizadas según los actos discursivos hallados. Las creencias sociales que mostramos son las resultantes de este análisis.

Los resultados aquí expuestos no pueden ser generalizados al conjunto de mujeres cuidadoras. Tan sólo muestra la expresión de las creencias sociales más frecuentes en el discurso de las mujeres participantes en este programa psicoeducativo y que estaban realizando una actividad concreta dentro de este programa. Algunas creencias que han sido detectadas en mujeres cuidadoras no han sido incluidas debido a que no se han encontrado en todos los grupos. Por ejemplo, algunas mujeres no se permiten disfrutar lo más mínimo ya que entienden que ello no es lícito mientras que su familiar esté enfermo. Sin embargo, esta creencia no ha sido frecuentemente hallada.

Los resultados serán presentados mediante una proposición correspondiente a la expresión lógica de la creencia social. Algunas de estas proposiciones fueron proferidas literalmente o casi literalmente por las mujeres, mientras que otras son construcciones del investigador a partir del análisis de las intervenciones de las mujeres. Deben ser entendidas como categorías formales que agrupan muchas expresiones de las mujeres que han podido ser agrupadas de acuerdo a la temática y al posicionamiento social de las participantes (Saavedra, 2009; Lucius Hoene, 2000) dentro de estas creencias sociales. Tras cada una de estas proposiciones se incluye un extracto de una mujer participante que ejemplifica la creencia social. Posteriormente se describe esta creencia social. Así con cada una de las ocho creencias sociales que han aparecido en todas las ediciones del curso.

## Resultados

### Primera creencia social

*El ser cuidadora es algo que me ha tocado, no hay nada que yo pueda hacer.*

Extracto 1.

**Cuidadora (C):** Llevo 15 años cuidando. Primero a mi padre y después a mi marido y a un hijo con esquizofrenia. Poco se puede hacer y aquí estoy. Me tocó la china. Es lo que hay.

**Director del Grupo (DG):** ¿Y cómo lo has hecho para llegar hasta este momento tan saludable?

Esta creencia social presenta dos componentes. El primero, la idea de que la situación de cuidadora principal no puede ser modificada, que viene impuesta por instancias superiores. En el discurso de las mujeres estas instancias superiores pueden ser descritas como de carácter divino “nos lo mandó Dios” o simplemente referida a una especie de ley impersonal de carácter natural o sobrenatural (el destino): “Es ley de vida que las hijas cuiden a las madres”. Sin embargo, muy raramente se explicita que esta instancia superior tiene un carácter social o político. Por ejemplo, en ocasiones algunas mujeres se expresan en términos como “las mujeres siempre se han dedicado a esto” que apuntan a cierta conciencia de género. Expresiones como las que se observan en el extracto son muy frecuentes “me tocó la china” “esto es lo que hay”. En ocasiones pueden aparecer como pensamientos automáticos que son muy difíciles de identificar.

El otro componente es el de la falta de agencia, la completa falta de iniciativa por modificar aunque sea mínimamente la situación. En el extracto se evidencia en la frase “poco se puede hacer”. Evidentemente las mujeres siempre tienen algunos recursos que utilizan para mejorar su situación. Algo que refuta esta creencia social. Con la pregunta del director del grupo que aparece en el extracto se quiere cuestionar esta visión de la mujer como indefensa e impotente.

Evidentemente la función social de esta creencia es mantener el orden social y el reparto de poder. Mediante la despersonalización del orden existente por medio de instancias neutras o divinas el sistema mantiene el equilibrio. Pero no podemos olvidar que esta creencia social también ayuda a mantener el equilibrio en las mujeres cuidadoras. Lo contrario sería reconocer que al menos parte de la responsabilidad de la situación de las mujeres es de ellas mismas. De esta forma se abriría una puerta a la culpa (“qué he hecho yo con mi vida”) y a la incertidumbre ya que la libertad es muy difícil de gestionar (¿Y ahora qué hago yo?). Más aún con la falta de recursos y el desaprendizaje de las habilidades esenciales que han sufrido muchas mujeres.

Por lo tanto esta creencia social explica la situación de las mujeres cuidadoras y hay que ser muy cuidadoso en cuestionarla ya que puede provocar una crisis en algunas mujeres. Crisis que por otra parte, puede que otras muchas mujeres estén preparadas para afrontar.

## Segunda creencia social

### *El ser cuidadora es una obligación moral, un deber*

#### Extracto 2

**C:** He cuidado yo sola a mi madre mucho tiempo y ahora cuido a mi hijo. Mi madre murió muy bien. Yo hice lo que tenía que hacer. ¿Quién va a cuidar mejor una madre? Yo estoy muy tranquila.

Esta creencia esta relacionada con la anterior en el sentido de que hace referencia a una regla moral que en la mayoría de los casos está unida con la religión u otra instancia superior y que también da sentido a las actividades de cuidadora. Sin embargo, al contrario que la anterior puede implicar un contenido positivo: la satisfacción por hacer lo que se debe hacer y además hacerlo bien. Esta creencia social no anula completamente la agencia de las mujeres. De hecho, como se observa en el extracto las mujeres pueden expresar satisfacción, orgullo por su actuación como cuidadora. Además, no es raro que las mujeres relaten episodios de unión y conexión, compasión y cariño con sus familiares cuidados.

Al igual que la creencia social anterior puede suponer “resignación”. Sin embargo, en este caso la adhesión a una regla moral siempre implica un grado de decisión, de agencia, constancia o resistencia. De hecho, a nivel discursivo se observa que las mujeres utilizan verbos con una gran carga de agencia (decidir, hacer, elegir) y un uso de pronombres en primera persona (Yo), a diferencia de los elementos lingüísticos que encontramos en las expresiones de las mujeres pertenecientes a la creencia social anterior.

Nuestra experiencia nos indica que en general no deben ser cuestionadas, en la mayoría de los casos, este tipo de creencia ya que aquí reside gran parte de la poca autoestima de la que disfrutaban muchas mujeres. Además, esta creencia, excepto en algunos casos, no entorpece la adquisición de nuevos repertorios conductuales o la modificación de otras creencias que sí son determinantes en la forma de actuar de las mujeres.

## Tercera creencia social

### *El sacrificio debe ser recompensado y agradecido*

#### Extracto 3.

**Cuidadora (C):** Eso es lo que más daño hace, que tu madre se le cambie la cara de alegría cuando viene una visita y a ti te tiene amargá.

**Director del Grupo (DG):** ¿No debería alegrarse?

**C:** No es eso, ¿Por qué a mi no me da nunca las gracias? ¿Por qué nadie me lo agradece?

**DG:** ¿Nadie?

**C:** Mis hermanos, mi cuña, mi marido, nadie.

**DG:** A lo mejor están acostumbrados. ¿No dijiste antes que era natural que una hija se encargara de su padre?

Esta creencia es causa de muchos sentimientos negativos como tristeza, ira, resentimiento hacía familiares, amigos o incluso hacia el mismo enfermo como se observa en el extracto. Esta creencia no es fácilmente explicitada, pero la experiencia de los cursos demuestra que la mayoría de las mujeres reprochan a familiares y enfermos que no reconozcan su esfuerzo. Y no entienden que no valoren y reconozcan su trabajo. Es decir, los familiares ven natural, normal, obvio lo que hace la cuidadora. Nos encontramos otra vez con la primera creencia social. Así, el ciclo del cuidado termina por agravarse en el sentido de que el último refugio de la autoestima de algunas cuidadoras es su actividad de cuidado, su compromiso con la persona cuidada y su conciencia que están realizando una acción justa. Al no recibir recompensa se concentran más en esa actividad en la búsqueda de la valoración. Lo que no es comprendido es que cuanto más abandonen otras dimensiones de su vida y más se aíslen en las actividades de cuidado, más naturales y neutras (sin atisbo de agencialidad) se estimarán que son sus actividades de cuidado y de este modo menos valoradas serán. Sin embargo, que un familiar se quede una vez (aunque sea una vez en el año) al cuidado, generalmente un hombre, recibirá más refuerzo social que la actividad de 10 años de una cuidadora. Esta realidad genera mucho estrés en las mujeres cuidadoras.

Precisamente para obtener más reconocimiento social por las actividades de cuidado es necesario recuperar otras dimensiones de la vida distintas a las del cuidado, desnaturalizar la actividad de cuidado y enfatizar el carácter de las mujeres cuidadoras como agentes con capacidad de decidir.

Algunos pensamientos automáticos fácilmente relacionados con inferencias erróneas pueden ser relacionados con esta creencia social. Por ejemplo, muchas mujeres piensan “nadie me quiere” (generalización) o “lo hace para molestarme” (personalización) por ejemplo en el extracto que hemos visto más arriba. Estos pensamientos automáticos pueden estar indirecta o directamente relacionados con la depresión.

Evidentemente esta creencia social es en sí reforzante (Tarde o temprano serás recompensada), posiblemente en una dimensión sobrenatural. Sin lugar a dudas, esta creencia esta conectada con nuestra cultura judeo-cristiana. Esta creencia social también ayuda a mantener el estatus-quo, sin embargo como hemos visto puede generar rabia y resentimiento, las cuales son muy útiles terapéuticamente para iniciar procesos de cambio.

#### Cuarta creencia social

*La familia debe conocer mi situación sin que yo la explicito*

Extracto 4

**DG:** ¿Has explicado a alguien de tu familia tu situación?

**C:** ¿No me están viendo todos los días?

**DG:** A lo mejor no sé dan cuenta. Tú misma dices que hay que ser fuerte. A lo mejor te ven muy fuerte y creen que no necesitas ayuda.

**C:** Lo que pasa es que no se quieren enterar. Me tienen todo el día delante. Si quisieran me preguntarían.

Esta creencia social puede llegar a ser muy disruptiva y causar rabia y resentimiento, emociones que resultan muy difíciles de expresar. Una de las características de algunas mujeres cuidadoras de larga duración es la creación de una relación simbiótica con la persona cuidada en la cual los límites de la identidad con ésta quedan disueltos. Esta experiencia propia de las cuidadoras que sufren el síndrome de la co-dependencia (Saavedra, 2009) puede verse facilitada en familias muy fusionadas, con baja expresividad en culturas muy colectivista en la que la institución familiar es esencial para la estructura social. Algo que todavía ocurre en Andalucía, especialmente en algunas zonas rurales. Esta dificultad para reconocer que sus emociones o sentimientos no siempre son transparentes para los familiares puede verse agravada por esta falta de límites. La cuidadora puede pensar que su situación de “abandono” es evidente y que su familia (hermanos, marido, etc) es perfectamente consciente de ésta. Esta creencia impulsa a la cuidadora a realizar algunos saltos inferenciales como en el extracto anterior, en el cual la cuidadora afirma que lo que ocurre es que no se quieren enterar. Evidentemente para evitar implicarse en el cuidado del familiar. Esta creencia social está íntimamente unida con la siguiente.

#### Quinta creencia social

*Los familiares deben ofrecer ayuda sin que se requiera y la ayuda que se pide no es igual que la que se ofrece sin solicitarla*

Extracto 5.

**DG:** Si estás agotada y deprimida quizás debería pedir ayuda a tu hermano.

**C:** ¿Yo? Para que me diga que si no puedo, que si el trabajo... Él tiene sus cosas.

Además, ¿no es su padre el que está encamao? ¿No lo sabe ya? ¿Qué le tengo que decir yo?

**DG:** Pues probablemente por él mismo no salga

**C:** Lo ves, ¿para qué le voy a decir nada?

**DG:** Para que una tarde se quede él con vuestro padre y puedas salir.

**C:** ¿Obligado por mí? Eso tiene que salí de él. Aquí estoy, es mi padre y vengo a ayudarte.

Muchas cuidadoras afirman que la ayuda que se recibe mediante una petición explícita de un familiar o si es planificada no tiene el mismo valor que la espontánea: “Eso tiene que salir de él”. Es como si la ayuda planificada y solicitada explícitamente por la cuidadora rompiera con una imagen ideal de la familia. En un principio, las razones para no pedir ayuda son el trabajo de los familiares o sus ocupaciones. Pero poco a poco, no es extraño, que surja resentimiento y que estas razones tan sólo se vean como excusas. A pesar de ello, muchas mujeres nunca piden ayuda explícitamente poniendo en silencio a prueba a sus familiares y siendo frustrada continuamente, en ocasiones durante años. Como no es necesario señalar, estas creencias sociales hacen disminuir de forma dramática el apoyo social y éste es un regulador esencial del estrés y un factor indirecto en la depresión (Montorio, Fernández de Trocóniz, y Márquez, 2005).

Evidentemente la función social de estas dos últimas creencias sociales es evitar el conflicto en la familia y mantener el equilibrio en los sistemas familiares y sociales con la obstrucción de la entrada de nueva información (en el caso de la creencia social cuarta) o impidiendo la toma de la iniciativa de la mujer cuidadora (quinta creencia social). El resultado es que la mujer cuidadora queda totalmente aislada de forma

progresiva en un proceso similar al de la mujer maltratada. Estas dos creencias pueden llegar a provocar un gran resentimiento hacia la familia. Este sentimiento es muy disruptivo, no obstante también tiene su función puesto que alimenta la identidad de la cuidadora como sacrificada entrando de nuevo en el ciclo que explicábamos en la creencia social tercera: El sacrificio debe ser recompensado. Esta función se ve amenazada cuando se discute la idea de que un familiar no es “malo por naturaleza”, “ni es un mal hermano” o “un descastao” sino que en muchos casos no tiene suficiente información o simplemente se intenta escaquear. Una misión esencial del proceso psicoeducativo es romper la dicotomía entre una familia ideal de carácter mágico tan fusionada que el mundo interior se transparenta y en la que todos espontáneamente están dispuesto a ayudar y la visión de algunos miembros de la familia real como un conjunto de desconsiderados.

### Sexta creencia social

#### *No puedo sentir ira*

*(María es la protagonista de una historia. En la historia en cuestión el hermano de ésta no acude a casa de María para cuidar a su madre después de haberlo acordado para que María pudiera ir a tomar café con una amiga después de mucho tiempo sin verla)*

**DG:** ¿Qué sentiría María cuando su hermano no llegase ayudarla después de haber quedado con él en que cuidaría a su padre la tarde de hoy?

**C1:** Pues.... Que estoy sola... nadie me quiere...tristeza

**C2:** ¿Por qué no lo ha llamado por teléfono?

**C1:** ¿Para qué? Para que le diga cualquier cosa

**C3:** Yo pensaría, cuando lo vea lo mato.

**C1:** ¡Uy! ¡Uy! ¿Cómo dices eso? Yo no, yo no.

**C3:** El cabrón la ha dejado tirá. No quiere decir que lo vaya a matar.

**C1:** ¿Cómo dices eso de tu hermano?

**DG:** María esta muy enfadada. Hacía tiempo que no veía a su amiga. Es lógico que esté muy harta. Todos lo sentimientos y pensamientos son posibles.

A pesar de que las cuidadoras, como es lógico, pueden sentir emociones de carácter agresivos, muchas de ellas no se permiten expresarlos de ningún modo. Generalmente estas emociones, en ocasiones expresados en forma de pensamientos automáticos (“Lo mato”) que quedan rápidamente olvidados, crean una gran tensión y culpa. Sin lugar a dudas, las emociones más pertinentes en nuestra cultura para las mujeres son las de carácter depresivo. Algo que se observa en el extracto. La mayor prevalencia de los trastornos depresivos y ansiosos en mujeres es una señal de ello. Es importante normalizar estas emociones, ayudar a expresar de forma controlada la rabia y encauzarla de forma productiva. La aparición de la rabia puede ser una experiencia muy terapéutica para muchas mujeres. Es muy importante diferenciar entre el “resentimiento” y la “rabia”. La primero posiciona a la mujer en un nivel moral superior (justa entre injustos: La mujer sacrificada) siendo compatible con una recompensa divina o mágica, la rabia rebaja la mujer a un estado inferior sin recompensa posible. Por eso es evitada. Pero por eso es más realista y puede posibilitar el cambio.

## Séptima creencia social

### *Nadie podrá cuidar al familiar enfermo como yo*

*Las cuidadoras comentan una historia en la que la protagonista no permite que su sobrino se quede por unas horas al cuidado de su madre pese que se ofrece a hacerlo.*

**DG:** ¿Por qué no dejarías a tu sobrino unas horas al cuidado de tu padre?

**C:** Eso no es misión de un chaval.

**DG:** La historia dice que tiene 25 años.

**C:** ¿Y el qué sabe de poner una cuña?

**DG:** Qué aprenda

**C:** Seguro que le hace daño

Aparte del aislamiento de la mujer en el contexto de cuidado y de mantener el sistema familiar, hemos observado en nuestros talleres dos funciones de esta creencia social. Por una parte defiende la autoestima como cuidadora. Muchas mujeres se describen como expertas cuidadoras y sólo disfrutan de ese ámbito para el recibimiento de valoración social. Valoración social que como hemos visto casi nunca llega. La entrada de nuevos cuidadores puede ser visto como una amenaza a su débil identidad. Muchas mujeres cuidadoras tienen problemas para recibir opiniones, consejos respecto a las tareas de cuidados.

Por otra parte, el tiempo libre que se obtiene de la ayuda puede ser vivido como amenazante, ya que la cuidadora debe tomar decisiones para dar sentido a ese tiempo. Además, disponer de tiempo libre hace evidente a la cuidadora el des-aprendizaje de habilidades básicas y el progresivo aislamiento social que ha ido sufriendo. Como es lógico, esta creencia social también dificulta directamente la recepción de apoyo social.

Esta creencia social también puede utilizarse como justificación para no considerar el ingreso del enfermo, por ejemplo, en una residencia: “como con la familia no está en ningún sitio”. La residencia es vista por muchas cuidadoras como tabú, como una especie de traición al familiar y el abandono de la misión de cuidadora que “me ha tocado”. La consecuencia temida es la evaluación y el descrédito social por parte de sus familiares y amigos.

Uno de los problemas más graves de la aplicación de la Ley de la promoción de la autonomía es que la mayoría de las cuidadoras solicitan ayuda económica por los cuidados y no ayuda profesional, ya sea mediante internamiento o ayuda a domicilio a, pesar de las evidentes razones para hacerlo. Sin lugar a dudas, las creencias sociales de las cuidadoras están mediando sus decisiones al respecto.

## Octava creencia social

### *No puedo decir que no al familiar enfermo*

*La protagonista de la historia, María, no permite que su marido se quede al cuidado de su madre porque su madre se niega en rotundo a que su yerno la cuide.*

**DG:** ¿Por qué crees que María no ha dejado que su marido cuide a su madre por una tarde?

**C:** Hombre es que su madre no quiere que le cuide su yerno

**DG:** ¿Y?

**C:** ¿Cómo no va hacer caso a su madre enferma? Lo mal que lo pasaría si tuviera que llevarla su yerno al cuarto de baño y limpiarle el culo.

La última creencia social que hemos observado en todas las ediciones del programa psicoeducativo está relacionada con la antepenúltima. Para muchas mujeres contrariar, decir que no al familiar cuidado es un signo de hacer mal las cosas. Ello impide, como es lógico, tomar decisiones y aceptar el disgusto o el desacuerdo como un elemento más de la gestión de los conflictos. Estas dificultades están conectadas con los problemas generalizados de muchas mujeres para ser asertivas en distintos contextos. Montorio, Fernández de Trocóniz, y Márquez, (2005) apuntan a un alto grado de perfeccionismo como causa del desajuste emocional de muchas mujeres cuidadoras. Este perfeccionismo, apuntan, también puede ser la causa para no pedir ayuda y un factor de riesgo para la depresión.

### **Discusión**

La investigación en creencias disfuncionales en el contexto de cuidado es pequeña, pero significativa (Fernández de Trocóniz, y Márquez, 2005). Los resultados muestran que existe una relación directa e indirecta de estas creencias disfuncionales con la depresión, una relación directa con los estilos de afrontamientos, especialmente en la búsqueda del apoyo social, el cual es un factor mediador del estrés de primera magnitud. Estos pensamientos disfuncionales correlacionan positivamente con la edad de los cuidadores, con los años de cuidado y con la convivencia con la persona cuidada. Aunque no con los comportamientos problemáticos de la persona cuidada. Negativamente correlaciona con el nivel educativo, aunque esta correlación no es significativa para los hombres según Fernández de Trocóniz, y Márquez, (2005). Es interesante que los cuidadores y las cuidadoras de los cónyuges padezcan más pensamientos disfuncionales que las personas que cuidan a otros familiares. Respecto a este resultado, nuestra experiencia nos indica que las mujeres que cuidan a sus maridos, especialmente si son jóvenes, deben afrontar situaciones y conflictos psicológicos especialmente complejos y merecen especial atención.

Nosotros hemos adoptado otra perspectiva metodológica al acercarnos a las creencias de las mujeres desde una perspectiva discursiva y sin utilizar cuestionario. Hemos señalado las ocho creencias sociales más frecuentes sobre el cuidado en la experiencia de un taller psicoeducativo con mujeres. Es necesario enfatizar que el repaso de estas creencias sociales no es exhaustivo. Es decir, no se afirma que estas creencias sean las únicas, ni que se pueda generalizar los resultados a otras mujeres. Más bien, nos interesaba analizar como estas creencias se expresaban en el discurso de las mujeres y explorar las funciones de estas creencias y los actos discursivos que éstas conforman. O lo que es lo mismo, qué hacían las mujeres con estas creencias sociales: se justificaban, reprochaban, preguntaban, ordenaban, etc. De este modo, no aislamos las creencias de una dimensión social en un plano exclusivamente intrapsicológico.

La afirmación más importante que podríamos realizar es que a pesar de la literatura cognitiva, la cual coloca el adjetivo de irracional, disfuncional o desadaptativo a los

pensamientos o ideas y los considera producto de errores en el procesamiento de la información, los resultados nos muestran que las creencias son funcionales. Es decir las creencias sociales mantienen el equilibrio del sistema social y familiar y previenen del conflicto. El cambiar las creencias sociales, no implica sólo, un mejor procesamiento de la información evitando cualquier distorsión cognitiva, implica retar al sistema y aceptar el conflicto.

Es decir, una mujer que empieza a considerar que la familia no tiene que saberlo todo sobre ella por arte de magia y comienza a explicar cómo se siente y a pedir ayuda directamente y asertivamente está retando al sistema, les está creando a sus familiares y amigos algunos dilemas morales, está creando conflicto, está amenazando la estructura de poder del sistema familiar y social.

Por ejemplo, las creencias sociales séptimas y octava impiden que las mujeres cuidadoras acepten que las personas que cuidan puedan recibir asistencia profesional en situaciones en las que se hace evidente que las ellas no pueden asistir correctamente al familiar, como ingresos en residencias. A un nivel macrosocial estas creencias están afectando al bajo número de solicitudes de ingresos en residencia o de ayuda de asistencia domiciliaria a las cuales se podrían tener derecho según la Ley de Promoción de la Autonomía. De este modo, son las prestaciones económicas directas a las cuidadoras las más frecuentes. El efecto de estas creencias sociales es un menor desarrollo de centros, residencias y recursos profesionales en España. Algo que requiere mucha inversión económica y resulta más costoso que las prestaciones económicas directas a las cuidadoras. La solicitud de residencias y otros recursos residenciales por parte de las mujeres constituiría un reto y una amenaza para nuestro sistema socio-sanitario. De este modo y a un nivel macrosocial las creencias de las mujeres están contribuyendo al sostenimiento del modelo socio-sanitario en España.

Es posible que algunas mujeres cuidadoras no estén preparadas, no dispongan de la energía o los recursos, o simplemente no crean que merezca la pena crear conflicto y amenazar el sistema familiar más cercano.

Las habilidades sociales, pedir ayuda de forma asertiva, eficaz y sin ofender facilita que las mujeres cuidadoras sean más activas y tomen decisiones responsablemente sobre las tareas de cuidado. No obstante, como algunas mujeres nos indican, pedir ayuda puede desafiar a un familiar, crear enfado y posterior frustración. Al final, es necesario aceptar que es posible que creamos conflicto. Por otra parte, y en positivo, nuestra experiencia con mujeres que han cambiado sus pautas de acción muestra que tras una primera resistencia del sistema, en la mayoría de las ocasiones, acontecen pequeños cambios que repercuten muy favorablemente en las vidas de las mujeres cuidadoras.

Por todo lo dicho anteriormente, los programas de intervención deben ir más allá de un simple programa de reestructuración cognitiva. El plantear programas de intervención específicos está fuera del alcance de este trabajo, pero podemos apuntar algunas ideas muy básicas. Es importante ser muy cuidadoso en desafiar algunas creencias sociales de las mujeres y en cualquier caso, en primer lugar, hay que aliarse con ellas y valorar el trabajo bien hecho y su compromiso. Es necesario promocionar la autoayuda, la creación de un grupo y aprovechar las dinámicas de ayuda entre iguales. Y desde luego, al mismo tiempo, intervenir con medidas socio-políticas en el contexto social de las

mujeres. Una mujer cuidadora que da el paso a retar a su sistema familiar debe de ser especialmente reforzada y apoyada por los servicios sociales.

## Referencias

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: John Wiley & Sons.

Clarke, A. (2005). *Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Ellis, A. (2003). Similarities and Differences Between Rational Emotive Behavior Therapy and Cognitive Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17(3), 225-240.

IMSERSO (2005). *Cuidado a las personas mayores en los hogares españoles*. Madrid: IMSERSO

Losada, A., Montorio, I., Fernández de Trocóniz, M., Márquez, M. (2005). Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. *Colección Estudios Serie Dependencia*, N.º 12005. Inerser.

Lucius-Hoene, G. (2000). Constructing and Reconstructing Narrative identity. *Forum Qualitative Sozialforschung* [On-Line Journal], 1(2). Available at: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-00/2-00lucius-e.htm>.

McNaughton, M.E. (1992). Stress, locus-of-control, irrational beliefs, social support, health and immune function in Alzheimer caregivers. *Dissertation Abstracts International*, 52(9-B), 4980.

McNaughton, M.E., Patterson, T.L., Smith, T.L. y Grant, I. (1995). The Relationship Among Stress, Depression, Locus of Control, Irrational Beliefs, Social Support, and Health in Alzheimer's Disease Caregivers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(2), 78-85. PISMA 2008-2012 (2008)

Rodríguez, P. (2004). *Características del cuidado informal en España*. Ponencia presentada en el XLVI Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Canarias, junio.

Saavedra, J. (2009) Explorando las emociones de mujeres cuidadoras en el contexto familiar: Experiencias de talleres psico-educativos en la provincia de Sevilla. En Vázquez, Isabel (Coord). *Investigación y Genero: Avances en las Distintas áreas de conocimientos*. Universidad de Sevilla. pp. 1231-1246

Saavedra, J., Cubero, M., y Crawford, P. (2009). Incomprehensibility in the Narratives of Individuals With a Diagnosis of Schizophrenia. *Qualitative Health Research*, 19(11), 1548-1558.

Stebbins, P. y Pakenham, K.I. (2001). Irrational Schematic Beliefs and Psychological Distress in Caregivers of People With Traumatic Brain Injury. *Rehabilitation Psychology*, 46(2), 178-194

VVAA. (2009). Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística. Accesible en la red en: (<http://www.ine.es/revistas/cifraine/0209.pdf>)

VVAA. (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Instituto Nacional de Estadística. Accesible en la red en: <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>

Vitaliano, P.P., Russo, J., Scanlan, J.M. y Greeno, C.G. (1996). Weight changes in caregivers of Alzheimer's care recipients: psychobehavioral predictors. *Psychology and Aging*, 11 (1), 155-63

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

Van Dijk, T. (1999). Ideología. Una aproximación multidisciplinaria. Gedisa. Barcelona.

