



GRUPOS QUE TRANSFORMAN

GUÍA PRÁCTICA PARA LA INTERVENCIÓN
PSICOSOCIAL GRUPAL CON FAMILIAS
CUIDADORAS

Programa de interés social financiado con cargo a la
asignación tributaria del 0,7% del IRPF y del Impuesto
de Sociedades



Esta guía ha sido elaborada en el **Programa de Apoyo Psicosocial a Cuidadores**. Programa de interés social financiado con cargo a la asignación tributaria del IRPF del Gobierno de Aragón.

Fecha de redacción

Septiembre 2025

Autoras

Raquel Girón Giménez

Psicóloga y Asesora Técnica del Área de Mayores

Alicia Losada Lobato

Psicóloga y Técnica de Innovación en el Área de Mayores

Diseño y maquetación

Alicia Losada Lobato

Grupo de revisión

Mar Martín Gracia

Julia Lope Martínez

Silvia Escribano Irisarri

Ana Navarro Jiménez

Psicólogas y Trabajadoras Sociales del Área de Mayores



Desde Fundación Rey Ardid hemos querido ir siempre de la mano de las necesidades e inquietudes de las personas. Empezamos gestionando la Unidad de Media Estancia Profesor Rey Ardid en 1991, dirigida a acompañar a las personas con enfermedad mental y sus familias.

Con el paso de los años ampliamos el colectivo con el que trabajamos, atendiendo también a personas en riesgo de exclusión, personas con discapacidad y personas mayores y sus familias.

Éste último grupo de personas son, desde hace años, el centro y objetivo de nuestro trabajo en los más de 20 centros que gestionamos actualmente (estancias diurnas, residenciales y Centro de Atención Integral). Creemos en las capacidades de todas las personas, independientemente de su edad, para **desarrollarse en plenitud y aportar valor** a la sociedad.

Nuestro modelo de atención a las personas mayores se basa en una **atención integral centrada en la persona**, en sus valores, preferencias e identidad.

Especialistas en el cuidado

www.reyardid.com

atencion@reyardid.org

976513979

grupos que transforman

Cuidar de alguien, a menudo, significa olvidarse de cuidar de uno mismo. Los cuidadores familiares son esenciales en la atención de personas mayores, pero enfrentan un alto riesgo de agotamiento, soledad y estrés. “**Grupos que Transforman**” es una guía práctica diseñada para profesionales de la atención psicosocial que desean aliviar el peso de los cuidadores mediante dinámicas grupales.

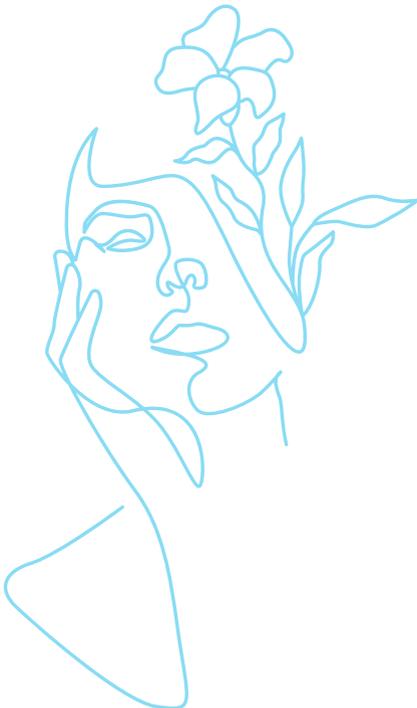
Estamos encantados de que esta guía haya llegado a tus manos. Léela, difúndela con quien consideres y utiliza su contenido para poder prepararte a la hora de conducir tus grupos. Nos encantará ayudarte a acompañar a personas cuidadoras. En estas páginas, trataremos de trasladar los conocimientos adquiridos con nuestra experiencia de una forma amena y directa.

1. El poder de los grupos: ¿por qué transforman?	07
2. ¿Cómo lograr un grupo exitoso? Indicaciones generales	12
3. Diseñando grupos que transforman	17
4. ¿Cómo crear un grupo exitoso? Planificación y organización	23
5. Problemas en los grupos	29
6. Estrategias para motivar a participar en los grupos	34
7. La evaluación en grupos	38
8. Consideraciones éticas, límites y buenas prácticas	42
9. Conclusiones y reflexiones finales	45
10. Recursos adicionales	47
<i>Bibliografía</i>	51

1. EL PODER DE LOS GRUPOS: ¿POR QUÉ TRANSFORMAN?

El cuidado sostenido de una persona en situación de dependencia supone una experiencia emocional compleja, ambivalente y transformadora. Los *cuidadores familiares* suelen atravesar un proceso de **desgaste silencioso**: invisibles para el sistema, con escaso acompañamiento y con una red de apoyo social limitada. En este contexto, la **intervención grupal** emerge como una herramienta terapéutica poderosa, capaz de ofrecer alivio, comprensión mutua y resignificación de la experiencia del cuidado.

El trabajo grupal tiene un enorme **potencial transformador**, especialmente en el ámbito de los cuidados. Para las personas cuidadoras, que a menudo se encuentran aisladas, sin tiempo para sí mismas y con una elevada carga emocional, los grupos ofrecen un espacio único donde se activa la capacidad de cambio, de alivio y de conexión con otras personas en circunstancias similares.



Desde la psicología aplicada, entendemos que el grupo puede operar como una herramienta terapéutica de gran eficacia, no sólo por la intervención profesional que se facilita, sino por las dinámicas que se generan entre iguales. Este “microclima” social permite procesos de **identificación, validación mutua, aprendizaje emocional, resiliencia compartida y desarrollo de habilidades personales** que, difícilmente, podrían activarse del mismo modo en una intervención individual. Por supuesto, acudir a una u otra modalidad de intervención no significa que sean incompatibles entre sí; al contrario, en muchas ocasiones la intervención individual sirve de refuerzo para la intervención grupal, y viceversa.

Lejos de ser una simple agrupación de personas, el grupo constituye un **espacio vivo** en el que se activan procesos psicológicos interpersonales que potencian el bienestar y la salud mental. Entre los más relevantes:

- **Identificación y normalización.** Escuchar a otras personas que atraviesan vivencias similares produce un efecto inmediato de alivio. Disminuye la sensación de rareza, se relativizan los pensamientos de culpa o inadecuación, y emerge la idea poderosa de “no estoy solo/a”.
- **Validación emocional.** En muchos casos, las personas cuidadoras no encuentran espacios seguros donde hablar abiertamente de sus emociones. El grupo se convierte en un entorno protegido donde el llanto, la rabia o el cansancio son comprendidos y aceptados sin juicio.
- **Construcción de red y pertenencia.** El grupo favorece la creación de lazos significativos que permiten salir del aislamiento. Esta red informal se convierte en un factor protector ante el estrés, el agotamiento o el duelo.
- **Reforzamiento del autoconcepto.** Poder ayudar a otros miembros del grupo, compartir estrategias propias o simplemente ofrecer escucha activa, fortalece la autoestima y devuelve a las personas la sensación de agencia y valor.
- **Esperanza y modelos de afrontamiento.** Compartir grupo con personas que han avanzado en el proceso de ser cuidador, o que han atravesado situaciones especialmente complejas, facilita el acceso a nuevas perspectivas y recursos internos. El grupo transmite la idea de que es posible estar mejor.

Desde una perspectiva psicoterapéutica, el poder transformador de los grupos se apoya en lo que se conocen como **factores comunes del cambio**, descritos inicialmente por Irvin D. Yalom (2005) y ampliamente validados en la literatura científica. Estos factores, que se activan de forma transversal en los grupos terapéuticos eficaces, no dependen del enfoque teórico concreto (psicoanalítico, cognitivo-conductual, humanista, etc.), sino del **proceso relacional grupal en sí**.

En el contexto de los cuidadores familiares, algunos de estos factores adquieren una especial relevancia, como los que explicamos a continuación.

1.1. El valor terapéutico de los grupos

1.1.1. Catarsis

La catarsis es la **liberación emocional** que se produce cuando una persona expresa abiertamente sentimientos reprimidos o contenidos durante mucho tiempo, procurando así un alivio *temporal*. En el contexto del cuidado, donde muchas emociones se silencian (rabia, miedo, frustración, culpa), el grupo compartido con desconocidos que están pasando por circunstancias similares se convierte en un lugar privilegiado para permitir esta expresión emocional sin temor a ser juzgados.

Dentro de la catarsis podríamos diferenciar dos tipos: la catarsis funcional y la catarsis disfuncional. Esta categorización se debe a que la expresión emocional en un contexto de acompañamiento y contención puede ser altamente beneficiosa para la persona, pero sin este entorno controlado puede que convertirse en una simple repetición del sufrimiento.

Al compartir verbalmente lo que les pesa, los cuidadores suelen experimentar alivio, validación y sensación de desahogo. Aunque por sí sola la catarsis no implica una transformación estructural, es el primer paso para abrirse al cambio y **dejar de sentirse atrapado en el dolor**.

Según Yalom (2005), la catarsis, especialmente cuando va acompañada de *insight* y validación grupal, puede facilitar una descompresión emocional clave para iniciar un proceso de cambio.

1.1.2. Universalización

La universalización se refiere a la idea de que aquello por lo que estamos pasando nosotros no es único ni personal, sino que **otras personas también lo están viviendo y experimentando**. En ocasiones, la persona puede sentirse aislada del resto de su entorno y del resto del mundo, y llegar a un grupo donde comparten vivencias similares le ayuda a comprender que no está sola, que no es raro, que no “está loca”, o que no hay nada “roto” o “incurable” en ella.

En este contexto, se podría hablar también de la **despatologización**, al poner en común experiencias similares que se pensaban únicas o que se creían señales de algún problema individual y profundo con la persona, en lugar de reacciones humanas comprensibles ante la situación estresante vivida.

1.1.3. Cohesión grupal

La **cohesión grupal** es uno de los factores más predictivos del **éxito terapéutico** en intervención grupal. Se define como el sentimiento de pertenencia, aceptación mutua y confianza entre los miembros del grupo. En cuidadores, donde es frecuente la soledad emocional, la cohesión ofrece una experiencia reparadora de conexión e intimidad emocional: el grupo deja de ser un conjunto de extraños y se convierte en una **comunidad emocional segura**, donde las personas pueden mostrarse auténticas, ser escuchadas y recibir apoyo sin temor al juicio.

Knight et al. (2004) subrayan que, en personas mayores y en sus familiares cuidadores, los grupos con alta cohesión mejoran significativamente la adhesión al proceso, la expresión emocional y la percepción de apoyo social.



1.1.4. Insight interpersonal

El **insight interpersonal** se refiere a las comprensiones que las personas desarrollan sobre sí mismas a través de las interacciones grupales. En los grupos de cuidadores, esto suele traducirse en mayor conciencia de sus propias dinámicas relacionales (cómo piden ayuda, cómo se exigen, cómo se relacionan con el sufrimiento) y de los efectos que esto tiene en su vida cotidiana.

También se pueden identificar patrones relativos a la autocompasión o las autolimitaciones. El insight ayuda a revelar necesidades personales que no han sido cubiertas o que han quedado aplazadas, o bien dinámicas de autoexigencias, lo que favorece una mirada más compasiva hacia las propias circunstancias.

Ver reflejada la propia experiencia en otros, recibir *feedback* respetuoso o simplemente observar las dinámicas del grupo, permite que emerjan nuevas comprensiones sobre uno mismo. Este **insight** es una **puerta hacia el cambio**: comprender es el primer paso para poder elegir actuar de forma diferente.

1.1.5. Aprendizaje vicario

El **aprendizaje vicario**, descrito por Bandura (1977), es central en los grupos de ayuda mutua y psicoeducativos. Al escuchar a otras personas cuidadoras compartir estrategias, errores, avances o resignificaciones, los participantes incorporan nuevos enfoques sin necesidad de haberlos vivido directamente.

El aprendizaje vicario ocurre cuando se incorporan conocimientos, estrategias o actitudes a partir de la **experiencia de otros** miembros del grupo. En el caso de cuidadores, esto puede tomar la forma de consejos prácticos (“*a mí me funcionó esto para gestionar las noches*”), cambios de perspectiva (“*yo también me sentía culpable hasta que entendí...*”), o simplemente inspiración por el ejemplo de otros.

Este aprendizaje entre iguales es especialmente valioso porque proviene de personas que están “en la misma lucha”, lo que le otorga legitimidad y cercanía emocional. Muchas veces, lo que no tiene efecto en una intervención individual por parte de un profesional sí que arraiga al escucharlo de un par.

1.2. Evidencia empírica

Diversos metaanálisis y revisiones sistemáticas han demostrado la eficacia de los grupos de apoyo en la reducción del estrés, la ansiedad y los síntomas depresivos en cuidadores. Por ejemplo, Pinquart y Sörensen (2006) analizaron 127 estudios de intervención con cuidadores y concluyeron que los programas grupales, especialmente aquellos que combinan apoyo emocional con contenidos psicoeducativos, tienen un efecto moderado, pero **clínicamente significativo** en el bienestar psicológico.

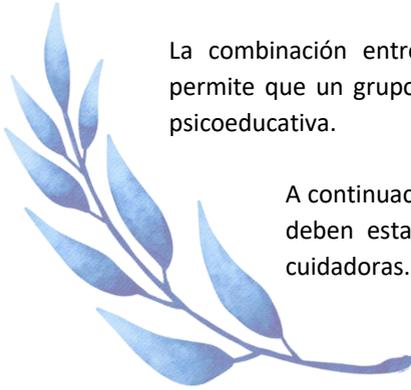
Las intervenciones psicosociales grupales logran **mejoras estables** en el **estado de ánimo**, la **carga subjetiva** y el **uso de estrategias de afrontamiento**

(Pinquart & Sörensen, 2006)



2. ¿CÓMO LOGRAR UN GRUPO EXITOSO? INDICACIONES GENERALES

El potencial transformador del grupo no se activa de forma espontánea. Para que realmente se convierta en una herramienta de cambio emocional, psicológico y relacional, es imprescindible un trabajo riguroso de planificación, diseño y facilitación. Tal y como señalan Yalom (2005) y Corey et al. (2017), la eficacia de un grupo depende tanto de los **factores relacionales emergentes** como de las **condiciones estructurales y emocionales** que los hacen posibles.



La combinación entre **estructura, seguridad y proceso** es lo que permite que un grupo “funcione” y cumpla su función terapéutica o psicoeducativa.

A continuación, se desarrollan los elementos esenciales que deben estar presentes en un grupo eficaz con personas cuidadoras.

2.1. Un encuadre sólido y comprensible

El **encuadre** es el conjunto de normas, límites y condiciones que definen la experiencia grupal: objetivos, duración, periodicidad, confidencialidad, rol del profesional, etc. Este marco proporciona **seguridad, previsibilidad y coherencia**, tres elementos fundamentales para generar confianza en participantes que suelen llegar al grupo desde la sobrecarga, la desorganización emocional y/o el agotamiento.

- Las reglas deben ser claras y consensuadas desde la primera sesión, y conviene revisarlas si surgen tensiones o desviaciones durante el proceso.
- Establecer una estructura realista y adaptada al perfil del grupo (por ejemplo, 8-10 sesiones, 90 minutos, enfoque temático progresivo) favorece la adherencia y el sentido de continuidad.

2.2. Un ambiente emocionalmente seguro

El grupo sólo florece si se convierte en un **espacio emocionalmente seguro**. Esto implica que las personas puedan expresarse sin temor a ser juzgadas, interrumpidas o ridiculizadas. Crear esa atmósfera es responsabilidad del facilitador/a, y requiere tanto habilidades técnicas como cualidades humanas: **escucha activa, empatía, respeto, contención emocional y autenticidad**.

- El profesional debe modelar la forma en que se dialoga, se acoge el dolor ajeno y se responden las diferencias.
- También debe saber sostener adecuadamente las emociones intensas, los silencios, las resistencias o los momentos de tensión sin reprimirlos, pero sin permitir que dañen la cohesión del grupo.

Knight (2004) subraya que en el trabajo con mayores y sus familias, la seguridad emocional es una condición previa para **el aprendizaje, el desahogo y la resignificación** del rol cuidador.

2.3. Un grupo suficientemente homogéneo en necesidades

Aunque la diversidad enriquece, los grupos terapéuticos o psicoeducativos funcionan mejor cuando existe **cierto grado de homogeneidad** en la situación vital, tipo de experiencia o necesidad compartida. Esto favorece la identificación entre los miembros, la resonancia emocional y la relevancia de los temas tratados.

- No se trata de excluir, sino de formar grupos con coherencia interna: por ejemplo, cuidar a personas con Alzheimer genera desafíos muy distintos que cuidar a personas con enfermedades físicas crónicas.
- La homogeneidad no debe ser rígida; lo esencial es que los participantes puedan “verse” unos en otros.

Según MacLennan, Saul y Weiner (1989), los grupos con mayor cohesión y éxito a largo plazo suelen formarse a partir de una experiencia central compartida que actúa como **núcleo emocional común**.

2.4. Una combinación equilibrada entre contenido y proceso

Una buena intervención grupal no se basa sólo en “dar información” ni únicamente en “compartir emociones”. Lo más transformador surge en la **combinación de ambos**: contenido útil + proceso relacional profundo.

- Los contenidos psicoeducativos (información sobre duelo anticipado, manejo del estrés, autocuidado...) ofrecen claridad y herramientas prácticas.
- El proceso grupal (lo que ocurre entre los miembros: las miradas, los silencios, las palabras, los vínculos) es lo que da sentido y emoción a ese contenido.

Como señalan Yalom y Leszcz (2005), es en el **proceso grupal**, más que en el contenido, donde se produce el cambio más duradero, al permitir una experiencia correctiva de relación.

2.5. Rituales de inicio y cierre

Los grupos que funcionan tienen una forma de comenzar y de terminar que da **sentido** al trayecto recorrido. Los **rituales de apertura** ayudan a crear clima, situarse emocionalmente y conectar con el propósito común. Los **cierres** permiten integrar lo vivido, reconocer aprendizajes y despedirse con gratitud.

- Puede ser algo tan sencillo como una ronda de palabras inicial y final, una dinámica simbólica o una carta de despedida.
- Estos rituales refuerzan la cohesión grupal, marcan los límites temporales y ayudan a internalizar el impacto emocional del grupo.

Según Knight et al. (2004), los rituales en grupos terapéuticos con personas mayores y sus cuidadores ayudan a **elaborar los duelos y transiciones**, facilitando el cierre emocional y la autonomía postgrupo.



un espacio que repara y empodera

Facilitar un grupo con personas cuidadoras no es solo una intervención psicológica. Es también un acto de justicia y reconocimiento. Significa decir: ***lo que haces importa, y cómo te sientes también***. Significa ofrecer un lugar donde la sobrecarga emocional puede ser compartida y transformada en **fortaleza colectiva**.

Porque cuando una persona cuidadora se siente escuchada, comprendida y validada por otras, algo esencial cambia: deja de cargar en soledad con el peso del cuidado, y empieza a sostenerse en una **comunidad que cuida de quien cuida**.

3. DISEÑANDO GRUPOS QUE TRANSFORMAN

Diseñar un grupo de intervención eficaz requiere partir de una **claridad metodológica** sobre su tipología, objetivos y población destinataria. No todos los grupos sirven para todo, y la elección del tipo de grupo determina la metodología, el rol del profesional, el encuadre, las herramientas empleadas y los resultados esperados.

En el contexto del acompañamiento a personas cuidadoras de mayores, podríamos decir que existen tres modalidades principales de grupo aplicables, cada una con características, propósitos y beneficios específicos.

3.1. Grupos psicoeducativos

El objetivo de los grupos psicoeducativos es **proveer información clara y útil** sobre el proceso de cuidado, los efectos del estrés, el deterioro cognitivo, el duelo, y las estrategias de afrontamiento. Su foco está en **transmitir conocimientos y habilidades prácticas**.

Características:

- Estructura cerrada (por sesiones) y contenidos previamente definidos.
- Interacción moderada entre participantes.
- El profesional tiene un rol didáctico-directivo.
- Uso frecuente de materiales de apoyo: presentaciones, folletos, ejercicios escritos.

Indicados para:

- Cuidadores que están comenzando su trayectoria y necesitan adquirir herramientas básicas.
- Situaciones donde hay baja conciencia de los efectos del cuidado y poco contacto previo con servicios.

Limitaciones:

- Su efecto emocional suele ser limitado si no se complementa con espacio de expresión.
- Riesgo de que los participantes se mantengan en una posición pasiva o informativa.

3.2. Grupos terapéuticos o psicoterapéuticos

Los grupos (psico)terapéuticos facilitan el trabajo profundo sobre las **emociones, conflictos y patrones relacionales** vinculados al rol de cuidador. En estos grupos se exploran experiencias subjetivas, narrativas de sufrimiento, sentido del rol y vivencias de identidad.

Características:

- Foco en la expresión emocional y la elaboración de conflictos.
- Alta implicación emocional de los participantes.
- El profesional actúa como terapeuta, con técnicas psicodinámicas, sistémicas, cognitivas o integradoras.
- Requiere formación de psicología clínica avanzada del facilitador/a.

Indicados para:

- Cuidadores con signos de ansiedad, depresión, desgaste profundo o procesos de duelo bloqueados.
- Grupos pequeños y estables, con un compromiso claro.

Limitaciones:

- No siempre viable en contextos comunitarios o residenciales con recursos limitados.
- Puede no ser apropiado para cuidadores en fase de negación o baja motivación.

3.3. Grupos de apoyo o ayuda mutua

Los grupos de apoyo o ayuda mutua ofrecen un espacio de expresión emocional, escucha activa, validación mutua y construcción colectiva de sentido. Su objetivo principal es **aliviar la carga emocional** del cuidador y **fomentar la red de apoyo horizontal**.

Características:

- Enfoque relacional: centrado en compartir vivencias y generar vínculos.
- Dinámicas flexibles, centradas en el momento presente del grupo.
- El profesional actúa como facilitador/a o moderador/a, promoviendo la participación y conteniendo emociones, sin dirigir ni intervenir excesivamente.
- Posibilidad de trabajar temas comunes a través de preguntas disparadoras o dinámicas vivenciales.

Indicados para:

- Cuidadores con experiencia acumulada, que ya han pasado por procesos de formación.
- Personas que necesitan ser escuchadas y reconocidas en un entorno emocionalmente seguro.
- Contextos donde se priorice la sostenibilidad, la confianza y la prevención del desgaste.

Beneficios:

- Mejora la sensación de pertenencia y reduce el aislamiento.
- Promueve el altruismo y el aprendizaje vicario.
- Fomenta la autoestima, la esperanza y la autoeficacia.

Limitaciones:

- Puede requerir tiempo hasta que se consolide la cohesión.
- Riesgo de que el grupo derive en conversaciones circulares si no hay un acompañamiento profesional adecuado.

3.4. ¿Qué modalidad es la más adecuada?

De forma general, para el trabajo con familiares cuidadores en entornos residenciales o de otros recursos de personas mayores, la propuesta más acertada es la de los **grupos de apoyo o ayuda mutua**. En ocasiones, puede ser útil equilibrar con una parte de contenido **psicoeducativo**, haciendo así una mezcla:

- **Permiten verbalizar sin ser corregido ni evaluado:** los cuidadores suelen sentirse juzgados o incomprensidos por su entorno; el grupo valida su vivencia sin imponer soluciones.
- **Facilitan procesos de identificación emocional:** *“si ella lo ha vivido, y ha salido adelante, yo también puedo”*. Esto genera esperanza y conexión.
- **Dan un lugar al cuidador como persona:** no como padre/madre/cónyuge del dependiente, sino como individuo con derecho a cuidarse.
- **Son sostenibles:** con una mínima estructura profesional, pueden mantenerse en el tiempo y generar comunidad incluso más allá de la intervención formal.
- **Se adaptan bien a contextos diversos:** tanto en centros de día como residencias o servicios de atención domiciliaria.

3.5. Ejemplos enfocados a cuidadores

A continuación, planteamos a modo de ejemplo diez sesiones de cada una de las tipologías de grupos enfocados a cuidadores de personas mayores.

3.5.1. Grupo psicoeducativo

Objetivo general: Mejorar el conocimiento y las habilidades de los cuidadores sobre el proceso de envejecimiento, el autocuidado y la gestión de situaciones difíciles.

Estructura recomendada:

- 10 sesiones semanales de 90 minutos.
- Grupo cerrado.
- Máx. 10 personas.
- Coordinador con rol directivo y materiales de apoyo.

Sesión	Contenido	Metodología
1	Presentación, objetivos y normas	Dinámica de presentación + explicación del programa. Expectativas y encuadre.
2	Envejecimiento normal y patológico	Charla + preguntas sobre cambios físicos, cognitivos y emocionales.
3	Síndrome del cuidador y sobrecarga emocional	Test de sobrecarga (Zarit), discusión grupal guiada e información.
4	Estrategias básicas de autocuidado	Breve presentación teórica. Dinámica de autocuidado. Propuesta de cambios individuales.
5	Manejo del estrés y relajación	Técnicas de respiración, mindfulness básico, relajación guiada.
6	Comunicación con la persona cuidada	Role-playing o ejemplos de situaciones difíciles, en especial con personas con demencia.
7	Recursos sociales y comunitarios	Mapa de recursos locales + guía práctica.
8	Cuidado al final de la vida y duelo anticipado	Psicoeducación + reflexión guiada hacia la planificación.
9	Actuación ante emergencias y toma de decisiones	Información sobre recursos y casos prácticos.
10	Evaluación, recapitulación y despedida	Evaluación del ciclo y dinámicas de cierre del grupo.

3.5.2. Grupo terapéutico

Objetivo general: Abordar el malestar psicológico de los cuidadores, promover el *insight*, reparación emocional y resignificación del rol de cuidado.

Estructura recomendada:

- 10 sesiones semanales de 90–120 minutos.
- Posibilidad de seguimiento individual opcional.
- Grupo cerrado.
- Facilitado por profesionales con formación clínica y en intervención grupal.

Sesión	Tema terapéutico central	Técnica
1	Contrato terapéutico y seguridad grupal	Construcción compartida del encuadre + dinámica de confianza.
2	Exploración del rol de cuidador: ¿elección o mandato?	Línea de vida + resonancias familiares.
3	Identidad personas vs Rol de cuidador	Trabajo en subidentidades + metáforas.
4	Emociones difíciles: culpa, rabia, tristeza	Trabajo con silla vacía o dramatización guiada.
5	Vínculos y heridas en la relación con la persona cuidada	Visualización emocional + espacio de expresión contenida.
6	Duelo anticipado y pérdidas invisibles	Técnica narrativa: “la historia que nunca conté”.
7	Cuidarse sin culpa	Reestructuración cognitiva grupal + mapa de valores.
8	Fortalezas personales y red de apoyo	Trabajo con tarjetas de cualidades y apoyo externo.
9	Cerrar ciclos: aceptar lo que no puedo cambiar	Dinámica de cartas no enviadas o simbolismo con objetos.
10	Ritual de despedida terapéutica	Palabra final + collage grupal + evaluación clínica.

3.5.3. Grupo de apoyo o ayuda mutua

Objetivo general: Proporcionar un espacio de expresión emocional, validación y conexión entre cuidadores que comparten experiencias similares.

Estructura recomendada:

- 10 sesiones semanales o quincenales de 90 minutos.
- Facilitador con rol moderador, no directivo.
- Grupo semiestructurado.

Sesión	Tema sugerido	Dinámica
1	Bienvenida: “Quién soy y qué me trae aquí”	Ronda de presentación emocional + normas de convivencia del grupo.
2	“Lo que más me cuesta de cuidar”	Lluvia de ideas + relato de experiencia libre. Breves aportaciones teóricas.
3	La culpa y el “no puedo más”	Espacio de validación emocional. Preguntas abiertas y aportaciones breves del conductor.
4	“¿Y yo, cuándo?” Autocuidado posible	Compartir estrategias personales. Apoyo entre iguales. Intervenciones breves aportando teórica si es necesario.
5	“Lo que aprendí y me hubiera gustado saber antes”	Transmisión de saberes entre iguales.
6	Relación con profesionales o familia extensa	Dinámica de roles. Ventilación emocional.
7	Decisiones difíciles	Reflexión colectiva.
8	El miedo al futuro y la incertidumbre	Compartir miedos con breve intervención del conductor del grupo sobre contención emocional y toma de decisiones.
9	Lo bueno que también me ha traído cuidar	Enfoque en la resiliencia, fortalezas emergentes: ¿qué he logrado?
10	Cierre y despedida	Dinámica de despedida, cartas, agradecimientos + valoración del grupo.

4. ¿CÓMO CREAR UN GRUPO EXITOSO?

El éxito de un grupo no es fruto del azar, sino de una planificación profesional y flexible que contemple tanto los aspectos estructurales como relacionales. El diseño de un grupo de intervención con cuidadores debe atender a las **necesidades específicas** del colectivo, del **modelo de intervención**, de los **recursos disponibles** y del **contexto institucional o comunitario**.

A continuación, se detallan los elementos esenciales a tener en cuenta en la organización de un grupo eficaz.

4.1. Selección de participantes

La **composición del grupo** es un factor determinante. Como en cualquier otra intervención, los participantes tendrán total libertad a la hora de querer acudir o no a las sesiones. Sin embargo, será necesario que, como profesionales, realicemos un cribado, definiendo los criterios de exclusión y/o inclusión (en función de las características que busquemos). Asimismo, deberemos tener en cuenta las características individuales y cómo se enlazan en el grupo: si tienen capacidad de compromiso, de colaboración, si tienen motivación para acudir a las sesiones, si son capaces de seguir las normas básicas... Todo ello ayudará a crear un espacio seguro y adecuado para el grupo.

Recomendaciones:

- Realizar **entrevistas individuales breves** si no se conoce a los participantes antes de la incorporación al grupo para valorar motivación, expectativas, estado emocional y adecuación al formato grupal.
- Criterios de **inclusión:** personas cuidadoras activas, en fase de sobrecarga emocional leve o moderada, con capacidad de participar y comprometerse mínimamente con la asistencia...
- Criterios de **exclusión:** sintomatología grave descompensada, dinámicas conflictivas que puedan afectar al grupo, falta de disposición a compartir o asistir...

4.2. Definición de objetivos claros y alcanzables

Todo grupo debe tener un propósito definido, conocido por sus miembros y coherente con el tipo de intervención. Los objetivos pueden ser informativos, terapéuticos, preventivos o mixtos, pero deben formularse de forma **realista y ser alcanzables** por las capacidades de las personas que conformen el grupo de intervención. Definir los objetivos nos ayudará a dar forma al grupo.

Ejemplos:

- *“Favorecer el reconocimiento y la expresión emocional entre personas cuidadoras”*
- *“Reducir la percepción de carga a través de estrategias de afrontamiento compartidas”*
- *“Fomentar el autocuidado y la red de apoyo mutuo”*
- *“Aumentar la formación o competencias de los cuidadores”*

Tener objetivos claros facilita la **evaluación posterior del grupo** y la adaptación del proceso en caso necesario.

4.3. Estructura básica: duración, frecuencia, continuidad y participantes

El **diseño temporal** del grupo debe responder al perfil de los participantes y al marco institucional.

Los tiempos para una intervención grupal son muy variables y dependerán de las circunstancias y de los objetivos a alcanzar. Pueden darse intervenciones grupales con una **programación** muy definida (por ejemplo, ocho o doce sesiones), o intervenciones grupales que se mantengan en el tiempo con una rotación continua de los integrantes (algo común en las intervenciones en centros residenciales, por ejemplo).

La **frecuencia** también puede variar, desde varias veces a la semana, hasta sesiones semanales o quincenales, o incluso sesiones mensuales. Por otro lado, la **duración** de una sesión en sí misma se recomienda que ronde entre 60-120 minutos: con menos de 1 hora, se corre el riesgo de que no se explote el potencial de la sesión, mientras que, si se está por más de 2 horas seguidas, el rendimiento cae. En cualquier caso, se recomienda que esta información se les explique a los integrantes desde el comienzo de las sesiones y mantenga coherencia en todo el desarrollo del grupo.

El **número de participantes** podrá variar en función de los objetivos y del tipo de grupo. Sin embargo, se recomienda que tenga un tamaño de entre 6-12 personas. Cuando el grupo no tiene suficientes integrantes, se corre el riesgo de que no surja la conversación, la discusión, de que no haya intercambio de ideas ni de experiencias, y de que quede “estancado”. En cambio, cuando supera el número de personas recomendadas, se vuelve más complicado de manejar para el profesional, y puede dar lugar a otras situaciones que dificulten el desarrollo del grupo, como por ejemplo que se creen “pequeños grupos” dentro del grupo, con los consiguientes conflictos, la pérdida de confianza y la ruptura de la cohesión.

Recomendaciones generales:

- Duración de las sesiones: entre **60 y 120 minutos** es lo ideal. Sesiones más cortas pueden quedarse superficiales; más largas pueden generar fatiga.
- Frecuencia: **semanal** es lo más común y recomendable para mantener la continuidad emocional.
- Número total de sesiones: entre **8 y 12 sesiones** permite un proceso estructurado sin ser excesivamente exigente.
- Número de participantes: entre **6 y 12 personas** es óptimo. Grupos más pequeños pueden perder dinamismo; más grandes dificultan la participación equitativa.

4.4. Logística: espacio, materiales y accesibilidad

Las condiciones logísticas afectan directamente al clima emocional y a la adherencia al grupo. Será necesario escoger un lugar adecuado para la realización de las actividades: tiene que garantizar la disponibilidad, la comodidad, la intimidad y la atención en las actividades grupales. El espacio tiene una fuerte influencia en nuestro **estado de ánimo** (por ejemplo, si escogemos una sala donde fácilmente entra el ruido del tráfico y no nos podemos escuchar, es probable que se creen tensiones), pero también en la **adherencia** a la intervención. Si el lugar no es cómodo, o no es accesible, o escogemos un espacio no familiar, es más probable que los participantes decidan no acudir.

Recomendaciones:

- **Espacio físico:** cómodo, íntimo, accesible, con buena iluminación, temperatura adecuada y sin interrupciones. Si las actividades grupales y el espacio lo permiten, se recomienda disponer los asientos en forma circular: eso facilitará que todos los integrantes se vean las caras cuando intervengan y la comunicación con el conductor será horizontal (si está sentado en el propio círculo).
- **Materiales:** papel, bolígrafos, pizarra o rotafolios si se usan dinámicas. En sesiones psicoeducativas, es útil preparar materiales impresos o audiovisuales.
- **Accesibilidad:** horarios adaptados a las responsabilidades de cuidado. Considerar apoyos paralelos (servicio de respiro o actividades simultáneas para personas cuidadas).



4.5. Rol del profesional / facilitador

El/la facilitador/a del grupo no es solo un moderador: **modela el clima emocional, sostiene el encuadre y regula las dinámicas grupales.**

El papel que adoptemos variará en función del tipo de grupo que queramos llevar a cabo. Por ejemplo, en los grupos psicoeducativos, tendremos un rol protagonista al ser quienes aportemos la información y quienes estemos para poder responder cuestiones desde nuestro rol como profesionales; en otros, como en los grupos de apoyo, seremos una figura moderadora. Dicho esto, en la práctica real es muy probable que realicemos “un poco de todo”, por lo que será fundamental tener claras nuestras competencias y capacidades: tener conocimientos sobre el tema a tratar, pero también nuestra capacidad de escucha, empatía, asertividad, manejo de conflictos...

Tipo de grupo	Rol del facilitador
Psicoeducativo	Formador/director de contenido
Terapéutico	Terapeuta activo, intervención emocional
Apoyo/ayuda mutua	Moderador, garante del respeto, contenedor emocional

Competencias clave:

- Escucha activa, empatía y neutralidad.
- Capacidad para manejar conflictos y resistencias.
- Sensibilidad para equilibrar participación y proteger a los miembros más vulnerables.
- Flexibilidad para adaptarse a lo que el grupo necesita sin perder el rumbo.

4.6. Generar cohesión y normas compartidas

El grupo necesita un “**contrato relacional**” que garantice seguridad y participación. Las normas no deben imponerse, sino construirse de forma **colaborativa**. Es recomendable establecerlas conjuntamente en la primera sesión, después de haber explicado el grupo y su objetivo. Para facilitar la tarea, el conductor del grupo puede proponer unas normas base como ejemplo y, a partir de ahí, construir las que el grupo considere importantes. Puede ayudar colocándolas al alcance visual de todos para cuando sea necesario hacer referencia a ellas.

Normas básicas recomendadas:

- Confidencialidad absoluta.
- Respeto al turno de palabra.
- Derecho a no hablar si no se desea.
- No juzgar ni aconsejar sin haber sido solicitado.
- Hablar desde la experiencia propia (“yo siento”, “yo viví”).



5. PROBLEMAS EN LOS GRUPOS

5.1. El absentismo

Con absentismo nos referimos a personas que, **repetidamente**, faltan a las sesiones, y especialmente a aquellas que o bien no avisan o bien no tienen un motivo justificado (por ejemplo, una persona que falla porque está enferma o porque su familiar está ingresado no será tenido en cuenta en este apartado).

El problema de fallar a las sesiones recae en la **inestabilidad** que se crea en el grupo y en las posibles consecuencias que pueda tener en las actividades y/o tareas que se realicen durante la intervención; por ejemplo, si había acciones planificadas para un determinado número de personas y no pueden llevarse a cabo debido a estas faltas. Ante esto, deberemos tratar el tema con la persona y analizar qué es lo que está fallando para que no acuda a las sesiones, tratando de buscar remedio de forma conjunta y recalando la importancia de que todos los integrantes se impliquen en el grupo para lograr la cohesión. Si, tras intentarlo, no vemos motivación y/o cambio, deberemos plantearnos eliminar a la persona que está faltando a las sesiones.

Posibles causas:

- Fatiga emocional o física del cuidador.
- Falta de percepción de utilidad del grupo.
- Problemas logísticos (horarios, transporte, cuidado del familiar).
- Inseguridad personal o incomodidad con el grupo.

Cómo abordarlo:

- Contactar de forma individual y respetuosa con la persona ausente para explorar lo que está ocurriendo.
- Valorar adaptaciones prácticas (cambio de horario, sesiones más breves, formato híbrido).
- Reforzar en el grupo la importancia de la asistencia para el progreso común, sin señalar a nadie en particular.

5.2. Los abandonos

Al igual que en la intervención individual, cualquier persona es libre de decidir que no desea continuar con la intervención grupal. Cuando una persona decide abandonar el grupo, puede generar **impacto emocional en los demás miembros** (pérdida, decepción, miedo al rechazo) o **desestructurar el equilibrio** alcanzado. Si la decisión es firme, trataremos de que afecte lo menos posible al grupo que continúa y a las sesiones venideras.

Asimismo, y en caso de ser necesario, plantearemos alternativas a la intervención grupal que puedan ser de utilidad para la persona que abandona de cara a cumplir los objetivos no alcanzados.

Cómo abordarlo:

- Validar la decisión del participante sin presionar.
- Si es posible, hacer una despedida formal y breve en el grupo (aunque sea simbólica).
- Dar espacio a que el grupo exprese cómo se ha sentido ante la salida.
- Evaluar si el abandono refleja alguna dinámica no verbalizada (por ejemplo, incomodidad con el grupo, saturación emocional).

5.3. Los conflictos interpersonales

Como en cualquier otra situación social donde las personas deben interrelacionarse, compartiendo sentimientos y pensamientos, pueden **surgir conflictos**: por diferencias en opinión, por malinterpretaciones, porque han aflorado emociones que se viven como negativas con sus consiguientes reacciones... Todo ello se puede observar en las sesiones a través de desacuerdos, interrupciones, comentarios desafortunados, emociones mal gestionadas, etcétera. En el caso de cuidadores, donde el agotamiento y la vulnerabilidad son elevados, es comprensible que surjan choques.

Como profesionales, debemos saber responder ante estos conflictos y manejarlos adecuadamente. Nuestro papel no puede ser de evitación, ni de pasividad, ni de agresividad; por el contrario, tenemos que actuar con **asertividad**, analizando las circunstancias que han llevado al conflicto y tratando abiertamente el tema en el mismo grupo. Será necesario trabajarlo conjuntamente, con el respeto que merezca, antes de permitir que la situación crezca y cree un problema que ponga en verdadero peligro el ambiente del grupo.

Cómo abordarlos:

- Mantener una postura de neutralidad empática: ni ignorar ni exacerbar el conflicto.
- Nombrar lo que ocurre: *“Siento que ha habido un momento tenso, ¿queréis que lo abordemos?”*
- Favorecer la expresión directa, con respeto, de cómo se han sentido las personas implicadas.
- Si la tensión persiste, puede usarse una técnica de “escucha activa en parejas” para rebajar el nivel emocional.

Prevención:

- Establecer desde la primera sesión normas claras sobre el respeto, la escucha y el uso del turno de palabra.
- Modelar cómo se gestionan las diferencias (sin interrupciones, sin descalificaciones, sin sarcasmo).
- Retomar las normas cada vez que sea necesario. Por ejemplo, cada vez que un participante juzgue la situación de otro.



5.4. La falta de cohesión grupal

En algunos casos, el grupo **tarda en “conectar”**, no se genera un ambiente de confianza, las intervenciones son superficiales o forzadas. Esto puede deberse a múltiples factores: grupo muy heterogéneo, clima emocional no suficientemente seguro, facilitación rígida o mala elección temporal en la presentación de temas delicados.

Cómo abordarlo:

- Volver a dinámicas de construcción de confianza: actividades de presentación, preguntas sobre experiencias comunes, etc.
- Favorecer espacios para compartir emociones sencillas: *“¿Qué ha sido lo más difícil esta semana?”*
- Aumentar la presencia emocional del facilitador/a: compartir también (con prudencia) impresiones, observaciones y agradecimientos.

5.5. ¿Introducir nuevos miembros?

Esta cuestión dependerá del tipo de grupo, de la cantidad de miembros que lo conformen y de la situación por la que esté pasando.

Introducir miembros será **contraproducente** cuando se trate de grupos con una vida limitada (es decir, con unas sesiones programadas en específico), o cuando el grupo se encuentre en una situación desfavorable para dar la bienvenida a un nuevo miembro (por ejemplo, en plena crisis a causa de un conflicto interno, o tras una sesión donde uno o varios miembros se han abierto emocionalmente y requiere de trabajo en el grupo).

Si valoramos, por el contrario, que es **necesario** incluir a uno o varios miembros nuevos, se recomienda que sea “entre periodos”; es decir, que sea en espacios temporales donde se hayan acabado “fases” o “bloques”, o donde los miembros previos hayan abandonado el grupo a causa de una mejoría. Estos nuevos miembros han de funcionar, en cualquier caso, como **nuevos estímulos que den vida al grupo**.

Cuándo evitarlo:

- Cuando el grupo está en una fase avanzada o ha abordado temas muy sensibles recientemente.
- Cuando la cohesión grupal es aún frágil.

Cuándo puede facilitarse:

- Al final de un bloque temático o tras la salida natural de uno o varios miembros.
- Si el grupo ha alcanzado una madurez emocional suficiente como para integrar a alguien nuevo.

Recomendaciones:

- Introducir a la nueva persona de forma progresiva.
- Pedir al grupo que le dé la bienvenida y explicar el motivo del ingreso.
- Ofrecer a la persona nueva una sesión individual previa para contextualizarla.

5.6. Dinámicas de dominancia o inhibición

A veces, podemos encontrarnos con grupos donde uno o varios miembros tienden a hablar más que el resto, a acaparar la atención, a dirigir el tono de las sesiones. Por el contrario, también nos podemos encontrar con miembros que jamás intervienen. Ambas situaciones **desequilibran al grupo** y pueden **generar malestar** en el resto de miembros.

Por supuesto, aquí nos referimos a aquellas personas que, sistemáticamente, tienen estos comportamientos. Como en cualquier otra persona, el estado de ánimo de los participantes, sus ganas de hablar, de participar, de compartir sus experiencias y preocupaciones, etcétera, fluctúan: es muy probable que, en una sesión, una persona tenga más necesidad de que le presten una mayor atención que el resto de participantes y/o que en comparación con el resto de las sesiones. Del mismo modo, puede que, un día, otro participante no acuda a la sesión con sus habituales ganas de intervenir. Estos cambios puntuales no son objeto de preocupación ni son problemáticos, y pueden ayudar a mantener activo el grupo con diferentes estímulos en función de las diversas necesidades que manifieste cada individuo.

Cómo abordarlo:

- Observar las dinámicas con atención desde las primeras sesiones.
- Intervenir con suavidad, pero claridad: *“Voy a dar espacio ahora a quienes aún no habéis podido hablar”*.
- Usar dinámicas estructuradas en las que todas las personas deban participar por turnos.
- Hablar individualmente con quienes monopolizan para explorar su necesidad y reconducir la participación.

6. ESTRATEGIAS PARA MOTIVAR A PARTICIPAR EN LOS GRUPOS

A pesar de que los beneficios de los grupos están ampliamente demostrados, muchas personas no acuden, abandonan tras pocas sesiones o no muestran interés inicial. Esta realidad no se debe a falta de voluntad, sino a la combinación de **barreras** personales, emocionales, logísticas, organizativas, culturales, y/o sociales.

Por eso, más allá del diseño técnico del grupo, es imprescindible desarrollar **estrategias de motivación e implicación** ajustadas a la realidad de los cuidadores, que conecten con sus necesidades, derriben sus resistencias y pongan en valor su participación. El primer paso para motivar es entender por qué no participan.



6.1. Barreras personales o emocionales

Algunas manifestaciones comunes de estas **barreras personales/emocionales** son:

- Sentimiento de que “no lo necesito” o “hay otros que están peor”.
- Sensación de culpa por centrarse en sí mismos.
- Baja percepción de que hablar o compartir sea útil.
- Negación de la sobrecarga.
- Ansiedad ante situaciones nuevas o sentir temor a exponerse emocionalmente.
- Miedo a romper el “papel de fuerte” que han asumido.
- Dificultad para reconocer el sufrimiento propio.

6.1.1. Estrategias de motivación

Escucha previa y personalización del contacto

- Llevar a cabo entrevistas individuales informales antes del inicio del grupo permite conocer sus preocupaciones, expectativas y temores.
- Este contacto personalizado favorece el vínculo con el profesional y anticipa posibles resistencias que podrían frenar la participación.
- Una llamada o reunión breve en la que se planteen preguntas como: “¿Cómo estás viviendo esta etapa?”, “¿Qué esperas de un espacio como este?”

Comunicación emocional, clara y cercana

- Sustituir el lenguaje técnico o institucional por un mensaje emocionalmente resonante: “Este espacio es para ti”, “Tu experiencia importa”, “Aquí no tienes que dar explicaciones”.
- Usar testimonios reales de otros cuidadores, citas recogidas de sesiones previas o pequeños relatos anónimos que reflejen la utilidad del grupo.

6.2. Barreras organizativas o logísticas

Algunas manifestaciones comunes de estas **barreras organizativas/logísticas** son:

- Incompatibilidad horaria.
- Falta de alternativas para dejar al familiar durante la sesión.
- Dificultades de movilidad o transporte.

6.2.1. Estrategias de motivación

La pregunta clave es: “*¿qué necesitarías para poder venir?*”

Evaluar las barreras organizativas y, si es posible, **ofrecer alternativas**:

- Diferentes horarios.
- Sesiones alternas o rotatorias.
- Proponer espacios de cuidado simultáneo (coordinación con otros servicios del centro).
- Aportar material de apoyo para personas que no pueden asistir con regularidad.
- Formato híbrido (presencial + online).



6.3. Barreras culturales y sociales

Algunas manifestaciones comunes de estas **barreras culturales/sociales** son:

- Creencias en torno al cuidado.
- Reticencias a hablar de temas íntimos fuera de la familia.
- Baja confianza en profesionales o en “el sistema”.

6.3.1. Estrategias de motivación

Normalizar las emociones y dar permiso para cuidarse

- Validar desde el primer contacto las emociones ambivalentes que puedan surgir: **“Muchos cuidadores sienten que no deberían parar ni pensar en sí mismos. Pero cuidar también es saber pedir ayuda.”**
- Dar permiso explícito para cuidarse. Muchos necesitan escuchar que no están abandonando, que dedicar tiempo a sí mismos es parte del cuidado responsable.
- Frase útil en la entrevista previa: **“Participar en este grupo no es un lujo, es una forma de sostenerte para seguir cuidando sin romperte.”**

Generar cultura institucional que valore al cuidador

- Promover que los grupos no sean vistos como una actividad más, sino como un pilar de cuidado centrado en la familia.
- Difundir la existencia del grupo con cartelería cuidada, mensajes desde dirección, y visibilidad institucional.

Involucrar al equipo profesional del centro

- Los cuidadores tienden a confiar más en el personal con el que ya tienen vínculo. Por eso, es importante que el personal de atención directa, médicos, enfermería o trabajo social recomienden activamente la participación.
- El mensaje tiene más fuerza cuando es reiterado por distintas figuras del equipo, desde la confianza y el respeto.
- Frase de derivación sugerida para el personal: **“Sé que te cuesta encontrar un rato para ti, pero hay un grupo que puede ayudarte. Es seguro, y quienes han ido se han sentido mucho mejor después.”**

7. LA EVALUACIÓN EN GRUPOS

La **evaluación** es parte de todo proceso de intervención, sin importar el tipo o la modalidad. Su fin es conocer si hemos alcanzado los objetivos planteados y, en caso de necesidad, ajustar los contenidos y las actuaciones realizadas de cara a futuras aplicaciones de la intervención.

Cuando hablamos de la evaluación de la intervención grupal, debemos evaluar dos cosas: el **proceso grupal** en sí mismo, y el **progreso individual**.

Desde nuestra opinión profesional, deberemos prestar atención a la **dinámica grupal**. Nos podemos preguntar: ¿Ha sido la dinámica adecuada para la consecución de los objetivos y de las metas establecidas? ¿Hemos visto a los integrantes cómodos, a gusto, participativos? ¿O, por el contrario, estaban retraídos, callados? ¿Han surgido problemas de absentismo o abandonos? ¿Cuáles han sido las causas?

Por otro lado, cuando recojamos el **feedback** de los integrantes, podríamos preguntarles no sólo por las sesiones y su contenido, sino también por el **grupo**: ¿Cómo te has sentido con tus compañeros o con el grupo? ¿La intervención en formato grupal ha facilitado su desarrollo o la ha dificultado?

Además, y como en toda intervención, recogeremos también los **indicadores** relacionados con la intervención que hayamos realizado: un pre-post, un cuestionario de satisfacción con los conocimientos impartidos...

En la siguiente tabla exponemos algunas **dimensiones clave** que evaluar en los procesos grupales.

¿Qué evaluar?	
Resultados en participantes	Cambios en percepción de carga, manejo emocional, sensación de apoyo, autoconocimiento.
Proceso grupal	Grado de cohesión, participación, asistencia, calidad del clima emocional.
Satisfacción con el grupo	Opinión sobre el contenido, el ritmo, la utilidad, el rol del facilitador.
Aspectos organizativos	Horarios, accesibilidad, materiales, adecuación del espacio.

Lo más adecuado es diseñar nuestras propias evaluaciones, puesto que, de este modo, las podremos adaptar a nuestros propios grupos. No obstante, aquí presentamos algunas herramientas que pueden ser de utilidad a la hora de diseñar las evaluaciones.

Herramientas e instrumentos recomendados:

a. Cuestionarios pre-post

Estos cuestionarios se aplican **antes (pre) y después (post)** del grupo para observar su **evolución**. En relación a los grupos de cuidadores de personas mayores, algunos ejemplos comúnmente usados con este propósito son:

- **Escala de carga del cuidador de Zarit (versión breve):** útil para detectar mejoras en la sobrecarga percibida.
- **Escala de resiliencia (CD-RISC-10):** cambios en la percepción de capacidad para afrontar dificultades.
- **Escala de apoyo social percibido (Duke-UNC):** especialmente útil en grupos de apoyo.

b. Cuestionarios de satisfacción final

Los cuestionarios de satisfacción son una medida subjetiva que tiene por objetivo **conocer la opinión** de los participantes con respecto a la intervención grupal (por ejemplo, si se han sentido cómodos, si ha cumplido sus expectativas, si les ha gustado, etcétera).

Usualmente se diseñan *ad hoc*, de forma breve y fácil de completar (idealmente 5–10 ítems tipo Likert, con una pregunta abierta).

Ejemplo de ítems tipo Likert:

- *El grupo me ha ayudado a comprender mejor mi rol como cuidador/a.*
- *Me he sentido escuchado/a y respetado/a.*
- *Las sesiones han sido útiles para mi bienestar emocional.*
- *Me gustaría participar en otro grupo en el futuro.*
- *Recomendaría esta experiencia a otras personas cuidadoras.*

Ejemplos de preguntas abiertas:

- *¿Qué es lo más importante que te llevas del grupo?*
- *¿Qué mejorarías?*

c. Observación del facilitador

Con esto nos referimos al registro cualitativo por parte del profesional que dinamiza el grupo. Permite recoger elementos no verbalizados por los participantes.

d. Propuesta de registro profesional por sesión

Puede ser muy útil para el seguimiento utilizar una plantilla por parte del profesional y rellenarla tras cada sesión. A continuación, proponemos un ejemplo, aunque, como hemos mencionado anteriormente, lo mejor es diseñar uno adaptado a cada grupo y necesidad.

Ficha de registro de sesión grupal	
Nº de sesión / fecha	Ej. Sesión 3 / 12 abril 2025
Asistentes	Lista de nombres / Nº total
Tema trabajado	Breve descripción
Clima emocional observado	Agradable, tenso, superficial, participativo, etc.
Participación	Alta, media, desigual. Notas sobre dominancias o inhibiciones
Incidencias	Abandonos, conflictos, ausencias repetidas
Observaciones clínicas	Cambios en tono, verbalizaciones significativas, avances o bloqueos
Propuesta de ajustes	Para próximas sesiones o futuras ediciones

Evaluar también es cuidar. No se trata solo de medir resultados, sino de **escuchar lo que el grupo nos dice, incluso cuando no lo verbaliza directamente.** Una evaluación bien diseñada mejora la calidad del grupo, dignifica el proceso y da valor a una intervención que, aunque a veces invisible, transforma profundamente la vida de las personas cuidadoras.



8. CONSIDERACIONES ÉTICAS, LÍMITES Y BUENAS PRÁCTICAS

En este contexto, la ética no es solo un marco normativo, sino una forma de estar, de acompañar y de cuidar el vínculo profesional con los participantes.

Diseñar y dinamizar grupos desde una **perspectiva ética** implica crear condiciones de seguridad emocional y proteger la vulnerabilidad de quienes participan. En otras palabras, conlleva responsabilizarse de facilitar estos procesos colectivos de transformación.

8.1. Principios éticos aplicados al trabajo grupal

Estos principios, adaptados del ámbito clínico y psicosocial, guían las **decisiones** del profesional en todo el ciclo del grupo:

Principio	Aplicación práctica en grupos
Autonomía	La participación en el grupo debe ser libre y voluntaria. Las personas deben conocer los objetivos, metodología, normas y posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas.
Beneficencia	Todo lo que se haga en el grupo debe tener como fin el bienestar de sus miembros. Se prioriza lo que sea útil y constructivo para las personas cuidadoras.
No maleficencia	Se deben evitar intervenciones que puedan generar daño emocional, como la sobreexposición, la confrontación inadecuada o la falta de contención.
Justicia	Todas las personas deben tener las mismas oportunidades de participar, hablar, expresarse y sentirse parte, sin privilegios ni exclusiones.
Confidencialidad	Lo que se comparte en el grupo debe quedar protegido. Esto incluye tanto al facilitador como a los participantes. Debe explicitarse al inicio.
Integridad y honestidad profesional	El rol del profesional debe ser transparente. No se deben crear falsas expectativas, ni prometer beneficios terapéuticos si el grupo no es clínico.

8.2. Límites del grupo y del rol profesional

Reconocer los límites del grupo es tan importante como identificar su potencial. El grupo **no puede ni debe sustituir otros espacios de intervención** (psicoterapia individual, atención médica, procesos judiciales o de mediación).

Límites del grupo

- No todos los temas deben abordarse si pueden dañar la seguridad grupal (por ejemplo, experiencias traumáticas no elaboradas, conflictos familiares sin sostén).
- No es un lugar para descargar agresividad sin contención.
- No es una herramienta para forzar cambios ni imponer aprendizajes.

Límites del profesional

- No debe sobreimplicarse ni asumir un papel “salvador”.
- Debe respetar los silencios, los ritmos y las resistencias.
- Su función no es resolver la vida de las personas, sino facilitar que el grupo se convierta en un espacio que genera recursos propios.



8.3. Buenas prácticas a tener en cuenta

10 claves del proceso que se entienden como buenas prácticas:

1. Invertir tiempo en la planificación del grupo
2. Mimar las primeras comunicaciones para promover la asistencia al grupo
3. Respetar las normas del grupo y a los integrantes
4. Fomentar la participación activa de los miembros
5. Dominar el manejo de dinámicas desafiantes (resistencias, conflictos)
6. Promover una atmósfera cálida y sin juicios
7. Equilibrar las intervenciones de “temáticas calientes” o que surjan fuera del tema previsto: dar espacio sin abandonar los objetivos del grupo
8. Dar la voz deseada a cada miembro sin anular la participación de otras personas
9. Empoderar al grupo como experto, validar sus actuaciones
10. Realizar un cierre del proceso grupal

8.4. Cuidado del profesional

No se puede facilitar grupos de forma ética sin **cuidarse como profesional**. La exposición constante al sufrimiento de otros puede generar fatiga por compasión, desgaste emocional o resonancias personales no elaboradas.

Por eso, una **buena práctica ética** incluye:

- Supervisión regular, individual o grupal.
- Espacios de cuidado emocional y descanso real.
- Límites claros entre lo profesional y lo personal.
- Reflexión ética continua sobre el poder, la intervención y el vínculo.

9. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

A lo largo de esta guía hemos recorrido las claves teóricas, metodológicas y prácticas necesarias para diseñar, dinamizar y evaluar grupos de intervención con personas cuidadoras. Lo hemos hecho desde una mirada integral, que reconoce al cuidador como persona **con historia, con identidad, con emociones, con límites y con derecho a ser cuidada**.

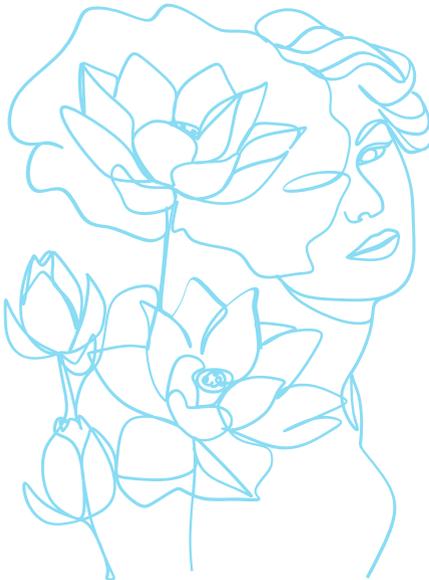
Los grupos no son una intervención menor, ni un “espacio de desahogo” sin estructura. Bien planteados, los grupos tienen un **potencial transformador profundo**: permiten a las personas poner palabras al malestar, legitimar emociones que han sido silenciadas, reconectarse con sí mismas y con otros, descubrir que no están solas, y empezar a cuidarse sin culpa. En el ámbito del cuidado, donde el aislamiento y la sobrecarga emocional son moneda común, esto es, en sí mismo, un acto terapéutico y político.

Pero para que ese potencial se despliegue, es imprescindible cuidar el proceso grupal con **rigurosidad profesional, sensibilidad humana y compromiso ético**. Esto implica:

- Seleccionar con sentido a las personas que integran el grupo.
- Construir un encuadre sólido, comprensible y respetuoso.
- Sustener la seguridad emocional con coherencia y presencia.
- Facilitar el equilibrio entre contenido y proceso, entre saber y sentir.
- Evaluar con humildad, apertura y voluntad de mejora.

El/la profesional que dinamiza un grupo de cuidadores no solo facilita técnicas, sino que acompaña tránsitos emocionales, abre preguntas, modela una forma distinta de vincularse. Su rol es exigente, pero también **profundamente reparador** si se ejerce desde la escucha auténtica, el respeto a los ritmos y la conciencia de los límites.

No hay recetas únicas. Cada grupo es un organismo vivo, irreplicable, que exige atención, flexibilidad y humildad. Pero sí hay **principios universales:** la dignidad de quienes cuidan, la necesidad de sostener a quienes sostienen, el poder sanador de lo compartido.



Desde esta guía, invitamos a los equipos profesionales, gestores y entidades sociales a apostar por esta herramienta no como un complemento, sino como parte fundamental del cuidado centrado en las personas. Porque cuidar del cuidador no es opcional: **es justo, es ético, y es la única forma de que el cuidado no se rompa.**

10. RECURSOS ADICIONALES

10.1. ¿Cómo desarrollo un grupo? Ejemplos de cómo estructurar la sesión

Presentamos dos ejemplos genéricos de cómo se podría desarrollar una sesión base para los grupos psicoeducativos y para los grupos terapéuticos. No incluimos los grupos de ayuda mutua dado que, por su propia naturaleza, es difícil que se dé replicabilidad entre diferentes grupos.

10.1.1. Grupo psicoeducativo

- Bienvenida a la sesión
- Repaso de temas anteriormente vistos, o de la anterior sesión: dar un espacio a posibles dudas
- Presentación de la temática del día
- Abordaje de los contenidos teóricos
- Inclusión de actividades que fomenten la participación del grupo y faciliten el aprendizaje: contenidos prácticos, contenidos audiovisuales (vídeos, etc.), ejercicios en el grupo...
- Resumen de la sesión
- Preguntas, dudas, otras cuestiones a tratar en futuras sesiones
- Cierre

10.1.2. Grupo terapéutico

- Bienvenida a la sesión
- ¿Cómo nos sentimos hoy? ¿Cómo vienen los participantes? Temas emergentes que requieran ser tratados en el grupo antes de la sesión
- Presentación del tema de la sesión
- Actividad para fomentar la participación: dinámicas en grupo, preguntas para la reflexión, visualización de contenidos audiovisuales, ejercicios grupales...
- Presentación de la teoría a través de los comentarios realizados por el grupo y abordaje del tema a tratar
- ¿Qué os lleváis? Dudas, preguntas
- Cierre

En cualquier caso, deberemos ser conscientes de que **será imposible llevar una estructura cerrada en cada sesión**. Las sesiones dependerán de los grupos, de su situación emocional, de sus dudas y preguntas. Será necesario **adaptar las sesiones** a las circunstancias que surjan en cada momento.

10.2. ¿De qué hacer los grupos? Ideas de temas a tratar con los cuidadores familiares

El envejecimiento: envejecimiento normal y envejecimiento patológico.

La demencia: qué es, cómo se manifiesta, cómo se maneja en el día a día. Alteraciones conductuales: ¿qué le pasa a mi familiar? ¿Cómo hablamos con una persona con demencia?

Visitas a familiares en residencias: cómo podemos hacer las visitas más significativas y disfrutar más del tiempo.

Las emociones en cuidadores familiares: desde aquellas derivadas de un cuidado directo (estrés, frustración, impotencia) hasta aquellas derivadas de la cesión de los cuidados a terceras personas (por ejemplo, la culpabilidad cuando el familiar entra en una residencia). Identificación y manejo. Estrategias de afrontamiento.

Los cuidados interdisciplinarios y compartidos al final de la vida: el papel de la familia durante esta etapa, información que deben saber y cómo pueden formar parte de los cuidados. La muerte en nuestra sociedad y los cuidados centrados en la persona en esta etapa final de vida.

El duelo y sus tipos: por pérdida de capacidades, por pérdida del rol de cuidador, por fallecimiento de la persona cuidada. Fases y tareas del duelo. Manejo y estrategias de afrontamiento. Apoyo emocional.

Empoderamiento de la persona mayor: atención centrada en la persona, capacidades cognitivas, emocionales, sociales y funcionales, y cómo potenciarlas. Fomento de la identidad y respeto a las propias decisiones y valores.

10.3. Y ahora, ¿por dónde sigo?

Esta guía se ha basado, principalmente, en nuestras experiencias, nuestra práctica y nuestros conocimientos, así como en la literatura existente. A la hora de su realización y desarrollo, hemos pensado en el material que nos hubiera gustado tener accesible cuando empezamos nuestros grupos. Sin embargo, entendemos que, precisamente por eso, puede que no hayamos abarcado toda la información que necesitas. Por ello, este punto es para guiarte hacia otros materiales y recursos que puedan ayudarte en tu práctica profesional.

Necesito... teoría relacionada con la terapia grupal:

- *Bases de la terapia de grupo* (Isabel Díaz Portillo)
- *FACT de grupo: Integrando ACT y FAP de grupo* (Juan José Ruiz Sánchez)
- *Dinámicas e intervención grupal* (María del Carmen Martínez Martínez, Consuelo Paterna, Juan José Vera, M^a Isabel Hombrados)

Necesito... recursos prácticos que aplicar en mis grupos:

- **César García-Rincón de Castro** es Sociólogo, Trabajador Social y Profesor, y comparte numerosos recursos sobre dinámicas aplicables a grupos muy variadas. Se le puede encontrar en YouTube y en sus páginas webs, donde tiene, además, links a sus libros:

 @EducAutor

 www.cesargarciarincon.com

 educautorlibros.blogspot.com

BIBLIOGRAFÍA

- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18(4), 153-63.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V. y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709-23.
- Connor, K. M. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. <http://dx.doi.org/10.1002/da.10113>
- Corey, G., Corey, M. S. y Corey, C. (2017). *Groups: Process and Practice* (10th ed.). Cengage Learning.
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with Older Adults*. Sage.
- MacLennan, B. W., Saul, R. A. y Weiner, M. F. (1989). *Group Psychotherapy with Elderly Patients*. American Psychiatric Press.
- Marín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P. y Taussing, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 6(4), 338-346.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577-595.
- Yalom, I. D. y Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5th ed.). Basic Books.
- Zarit, S. H. y Knight, B. G. (1999). Psychosocial interventions for family caregivers of persons with dementia: A review and analysis. *Aging & Mental Health*, 3(2), 87-100.
- Zarit, S. H., Reever, K. E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-55. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>



