



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

SOBRECARGA EMOCIONAL, DUELO Y CALIDAD DE VIDA EN CUIDADORAS PRIMARIAS: UN GRUPO REFLEXIVO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
**ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN
ADULTOS Y GRUPOS**

PRESENTA:

Yael Escamilla Saavedra

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: Mtra. Karina Beatriz Torres Maldonado
COMITÉ: Mtra. María Asunción Valenzuela Cota
Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa
Dra. Noemí Díaz Marroquín
Mtra. Beatriz Alejandra Macouzet Menéndez



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi familia por haberme apoyado incondicionalmente a lo largo de toda mi trayectoria. Te agradezco especialmente papá por siempre estar presente y demostrarme tu inmenso amor y cariño.

A ti Gabriel por abrirme las puertas de nuevas fronteras e impulsarme a mejorar cada día.

A ti Geraldine por ayudarme e impulsarme a ser mejor persona, además de acompañarme y apoyarme en la realización de este proyecto.

A usted Mtra. Karina por enseñarme el arte de la psicoterapia, ayudarme, mediante sus enseñanzas, en mi crecimiento como psicoterapeuta y por ser un pilar importantísimo en la culminación de este proyecto.

A usted Dr. Jorge por transmitirme su amor por la psicoterapia.

A usted Mtra. Asunción por enseñarme que la psicoterapia también es grupal.

A usted Dra. Noemí por enseñarme la belleza de la terapia familiar.

A usted Mtra. Beatriz por enseñarme la importancia de considerar y buscar solucionar las problemáticas sociales mediante la Psicología.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por haber sido mi segundo hogar, por haberme cobijado y enseñado la importancia de la diversidad de ideas.

A la Facultad de Psicología por haber sido el lugar de inicio de mi vida como psicólogo, además de ser el lugar donde conocí a personas maravillosas.

Al Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor Sánchez y Navarro” por haberme abierto las puertas para el ejercicio de la Psicología y haberme brindado la oportunidad de aportar algo a la Universidad.

A mi equipo terapéutico por haber sido una parte importante del grupo reflexivo.

A mis compañeros de la Especialización por ayudarme a crecer como persona y profesionalista mediante sus experiencias, sus atinados comentarios y nuestros enriquecedores debates.

A todos ustedes, muchas gracias.

Resumen

En el 2009, el 74.4% de las muertes en México fue debido a una enfermedad crónico-degenerativa (Reyes, 2013). El cuidador primario es una figura indispensable en la atención de pacientes crónico-degenerativos en ámbitos hospitalarios y no hospitalarios. Como consecuencia de esta atención, existen cambios en el cuidador primario: sensación de desgaste (cansancio físico y emocional), disminución de la calidad de vida y un cambio en la relación con la persona cuidada.

Debido a lo anterior, el objetivo del presente estudio fue la intervención mediante un grupo reflexivo en un Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM, haciendo un pretest y postest de la sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit), calidad de vida (Cuestionario WHOQOL-BREF) y duelo (Test de Duelo). Durante las diez sesiones del grupo, se planteó el duelo por una pérdida de la persona actualmente cuidada.

Se encontró que las consultantes fueron mujeres, entre 45 y 75 años, cuidadoras por elección propia y dedicadas principalmente a estas tareas. Además, previo al grupo reflexivo, la mayoría de ellas presentó sobrecarga intensa, síntomas de duelo social, psicológico, físico y espiritual y calidad de vida entre muy mala y normal. Al término del grupo, se observó una disminución en la sobrecarga emocional y los indicadores de duelo social, psicológico y físico, así como un aumento en la calidad de vida global, de salud (física y psicológica), y de relaciones sociales. Si bien el objetivo del estudio fue alcanzado, futuros estudios podrían lograr mayor homogeneidad en la enfermedad crónico-degenerativa o emplear más sesiones a la elaboración del duelo.

Palabras clave: Cuidador primario, Sobrecarga del cuidador, Duelo, Calidad de Vida, Grupo reflexivo

Summary

Seventy-four percent of deaths in Mexico was due to chronic degenerative diseases in 2009 (Reyes, 2013). Caregivers are essential in carrying for patients with these diseases in hospital or non-hospital surroundings. As a consequence, the caregiver undergoes changes such as feelings of weariness (mental and physical tiredness), a lessening of the quality of life and a change in their relationship with the person taken care of.

Because of all the afore mentioned, the purpose of this study was an intervention by means of a reflexive group in a Community Center at the UNAM's School of Psychology. A pre-test and a post-test on the caregiver's burden (Burden Interview Scale), their quality of life (WHOQOL-BREF Questionnaire) and grief (Grief Test) were carried out. The reflexive group pondered on the death of the person taken care of for ten sessions.

The consulting subjects were women between the ages of 45 and 75, caregivers on their own initiative whose main activity was caregiving. It's worth mentioning that prior to the reflexive group, most of them had had a high level of burden, social, psychological, physical and spiritual grief symptoms, and a quality of life that went from normal to very bad. At the end of the intervention, a lessening of the caregiver's burden and the indicators of social, psychological physical grief was observed. Besides, there was an increase in the overall quality of life, health (physical and psychological) and social skills. Although the objective of this study was achieved, future research could help reach either chronic degenerative disease homogeneity or use of more sessions in order to prepare for the mourning.

Keywords: Caregiver, Caregiver's burden, Grief, Quality of life, Reflexive group.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1. Cuidadores Primarios	3
Definición de cuidador primario.....	4
Tipos de cuidadores.....	7
Perfil del cuidador primario	8
Sexo, edad, estado civil y parentesco.	8
Escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico.....	11
Tiempo dedicado al cuidado.	13
Otras características encontradas.	15
Consideraciones sobre el perfil del cuidador primario.	15
Implicaciones de las tareas de cuidado	17
Sobrecarga del cuidador.	22
Medición de la sobrecarga del cuidador.	27
Calidad de vida del cuidador.....	28
Intervención en el cuidador primario.....	29
Capítulo 2. Pérdida y duelo.....	33
Definición de pérdida	33
Pérdida ambigua.	37
Definición de duelo.....	39
Tipos de duelo	43
Duelo normal.....	43
Duelo complicado.....	45
Duelo anticipado.	46
Preduelo.	46
Modelos	47
Modelos explicativos.	47
Modelos descriptivos.....	49
Fases del duelo.	49
Tareas de duelo.	52
Capítulo 3. Grupos.....	56
Definición de grupo	56
Características y propiedades de los grupos	58
El grupo terapéutico.....	60
Características de los grupos terapéuticos.....	63
Beneficios de los grupos terapéuticos.	66
Los <<factores terapéuticos>> de Yalom.	67

Modelos de intervención grupal.....	69
Modelo psicoanalítico.....	70
Psicodrama.....	73
Modelo existencial.....	75
Modelo Gestalt.....	77
Grupos de encuentro (modelo centrado en la persona).....	81
Modelo de terapia conductual.....	85
Modelo de terapia racional emotiva.....	86
Grupo reflexivo	88
Capítulo 4. Método.....	92
Justificación.....	92
Pregunta de investigación	93
Objetivos	93
Objetivo general.....	93
Objetivos específicos.....	93
Hipótesis	94
Variables.....	94
Identificación de variables.....	94
Definición las variables	94
Tipo y diseño de investigación.....	96
Escenario	97
Muestreo.....	97
Criterios de selección.....	98
Criterios de inclusión.....	98
Criterios de exclusión.....	98
Sujetos.....	98
Instrumentos de evaluación	98
Test de Duelo de Polo-Scott.....	98
Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit.....	99
Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF	99
Procedimiento.....	101
Capítulo 5. Resultados	103
Análisis cuantitativo.....	103
Sexo, edad, estado civil y parentesco	104
Escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico.....	107
Tareas de cuidado	110
Instrumentos	113
Test de Duelo de Polo-Scott.....	114
Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit.....	120

Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF	121
Análisis cualitativo	130
Análisis del grupo reflexivo	130
Análisis por consultante	136
Elvira	137
Justina	139
Magdalena.....	141
Gisel	143
Marta Enriqueta.....	145
Olivia	147
Marta	149
Capítulo 6. Discusión y conclusiones.....	151
Análisis cuantitativo.....	151
Sexo, edad, estado civil y parentesco	151
Escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico.....	152
Tiempo dedicado al cuidado	153
Instrumentos	154
Análisis cualitativo	160
Análisis del grupo reflexivo	160
Análisis por consultante	163
Elvira	163
Justina	165
Magdalena.....	166
Gisel	167
Marta Enriqueta.....	168
Olivia	168
Marta	169
Conclusiones	170
Limitaciones y sugerencias	171
Referencias.....	173
Anexos.....	184
Anexo A. Tablas de conversión del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF	185
Anexo B. Instrumentos	187
Anexo C. Cartas Descriptivas.....	198
Anexo D. Resultados obtenidos en la prueba t de Student para cada uno de los instrumentos	210
Anexo E. Notas de sesión.....	213

Anexo F. Cuadros por consultante de sobrecarga emocional, calidad de vida y duelo.....	243
---	------------

Introducción

Las enfermedades crónicas son aquellas enfermedades incurables, no contagiosas, pueden ser prevenidas y requieren de modificaciones al estilo de vida para una evolución más favorable, así como el apoyo y cuidado de otras personas (González, 2011; Mazarrassa, 1996). Estas personas suelen ser los cuidadores primarios. Ellos son los encargados de velar por los intereses de estos pacientes, lo cual los convierte en una figura muy importante para el bienestar del paciente. Reyes (2013) menciona que se estima que el 60% de las muertes a nivel mundial (y el 80% en países de ingresos bajos y medios) son a causa de estas enfermedades. Así mismo, con base en lo mencionado por Sinais en el 2011, este autor menciona que, en México, estas enfermedades representaron el 74.4% de las muertes en México en el año 2009.

Debido a lo anterior, la figura del cuidador primario cobra especial importancia, por lo cual se ha hecho mucha investigación en torno a esta población. Sin embargo, ésta se ha dedicado principalmente al estudio descriptivo de los cuidadores primarios (por ejemplo, características sociodemográficas o niveles de ansiedad y sobrecarga). En menor medida, la han investigado distintos tipos de intervención, los cuales se enfocan principalmente en los síntomas derivados del cuidado (sobrecarga emocional, ansiedad, estrés), dejando de lado la relación entre el cuidador primario y la persona cuidada.

Con base en lo anterior, el presente trabajo tuvo como objetivo la formación de un grupo reflexivo en el cual las consultantes exploraran aspectos relacionados con su rol como cuidadora primaria, tomando en cuenta las consecuencias que este rol les genera: la sobrecarga emocional, una disminución en la calidad de vida y, aun mas importante para esta intervención, el cambio en la relación que ellas tienen con la persona cuidada.

Este escrito se encuentra dividido en seis capítulos. En el primer capítulo se define al cuidador primario y sus principales características, así como las implicaciones que han tenido las tareas de cuidado y las intervenciones hechas en

esta población. En el segundo capítulo, se habla sobre el duelo, su definición, tipos de duelo y modelos de intervención. El siguiente capítulo retoma los grupos, la definición y propiedades de los distintos grupos, las características y beneficios del grupo terapéutico, así como distintos modelos de intervención grupal, destacando principalmente el grupo reflexivo. En el cuarto capítulo se destacan los aspectos metodológicos del presente trabajo. En el quinto capítulo se presentan los resultados, tanto cuantitativos como cualitativos, obtenidos en el grupo reflexivo, mientras que en el siguiente capítulo se discuten dichos resultados y se destacan las conclusiones a partir de dicho análisis.

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

En los últimos años, diversos autores han definido el concepto de enfermedades crónico degenerativas. Gigli (2006, citado en González, 2011) menciona que éstas son aquellas que no son resueltas rápidamente con atención médica, sino que son controladas o tratadas por muchos años o el resto de la vida. Estas enfermedades avanzan de forma progresiva hasta terminar con la vida de la persona sin que puedan ser curadas y detenidas.

Mazarrassa (1996) define a la enfermedad crónica como un proceso incurable y menciona que hay algunas características de las mismas:

- Tienen multicausalidad o plurietiología
- Multiefectividad, ya que un factor de riesgo puede causar diferentes efectos en la salud
- No son contagiosas
- Incapacidad residual, dejando secuelas psicofísicas, lo cual disminuye la calidad de vida
- Se pueden prevenir
- Generan sentimientos de pérdida en el paciente

González (2011) menciona que las enfermedades crónicas se pueden clasificar de la siguiente forma:

- Enfermedades que provocan un intenso sentimiento de pérdida o amenaza física.
- Enfermedades que conllevan nociones de dolor o mutilación.
- Enfermedades que precisan de modificaciones en el estilo de vida para una evolución favorable

Al enterarse del padecimiento de una enfermedad crónico degenerativa, el paciente y la familia sufren un golpe emocional (González, 2011) ya que estas enfermedades suelen ser relacionadas con síntomas de incapacidad que conducen a diversos grados de dependencias y requieren de atención médica a

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

largo plazo, aprendiendo a vivir con las limitaciones y continuar con los regímenes diseñados para el control de manifestaciones clínicas y prevención de complicaciones (Lara y Pérez, 2011).

El proceso de la enfermedad deteriora la independencia de la persona, llegando a impactar la realización de actividades cotidianas básicas, por lo cual necesitan de una persona que se encargue de su cuidado y les brinde apoyo. A estas personas que ofrecen la ayuda y cuidado al paciente crónico se les llama cuidadores primarios (García, 2011).

Definición de cuidador primario

Ruiz (2003) define al cuidador como aquella persona que se encuentra al lado del enfermo crónico. Ésta debe tener fuerza física e interior, lo cual le permitirá estar entero. Además, describe al buen cuidador como aquél que desempeña sus actividades con cariño, ternura y respeto, sin lo cual la tarea no resultará gratificante. El enfermo, que aun siente y necesita cariño, percibe las ganas y empeño puesto por el cuidador.

Cedillo (2013) define el término cuidador con base en el apoyo y las relaciones, tanto sociales como familiares, que se encuentran cargadas de afecto. Aunado a esto, Astudillo y Mendinueta (2003) definen al cuidador primario como aquella persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de otra persona enferma. Suele ser un trabajo poco reconocido a pesar de la dedicación que requiere: tiempo completo, desgaste en esferas biológica, psicológica y social, así como el desgaste funcional de la familia.

Por otro lado, González (2014) retoma a distintos autores (Ávila-Toscano, García-Cuadrado & Gaitán-Ruíz, 2010; Espinosa & Rodríguez, 2007), para mencionar que un cuidador primario es aquella persona que asume la mayor responsabilidad al asistir a otra persona, la mayor parte del tiempo, pudiendo ser de forma permanente o temporal, ya sea en su propio domicilio o fuera de él. Asimismo, Méndez (2015) señala que el cuidador primario o principal es aquella persona que tiene contacto frecuente con el paciente, esta al cargo de la

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

supervisión de la mayor parte de sus actividades y conoce lo relativo a él, además de proveer de los recursos necesarios para su sustento.

Relacionado con lo anterior, Sánchez, Molina y Gómez-Ortega (2016) mencionan que el cuidador familiar es la persona que se hace responsable de atender las necesidades diarias de los adultos mayores dependientes y quien les suministra tanto apoyo físico como emocional.

Por su parte, Prieto-Miranda, Arias-Ponce, Villanueva-Muñoz y Jiménez-Bernardino (2015) definen al cuidador principal o primario como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. Ellos asumen toda la responsabilidad en el cuidado con base en la ayuda que puedan recibir, tanto formal como informal.

La figura del cuidador primario cobra importancia ya que el paciente depende de él para mantenerse en las mejores condiciones posibles dentro del entorno, además de que es considerado como un sustituto del servicio formal cuando no hay un fácil acceso a él (Rivera, Casal & Currais, 2009).

A pesar de que cada cuidador realiza sus tareas de manera particular, hay ciertas tareas que son comunes a todos los cuidadores:

- Es quien supervisa la mayor parte del día y ofrece apoyo al enfermo en los quehaceres cotidianos, complementando la pérdida funcional y cubriendo sus necesidades básicas e instrumentales (higiene, alimentación, vestido, eliminación, manejo del dinero o gestión del hogar) (Turró, 2007).
- Satisface las necesidades psicosociales del paciente, además de proveerle apoyo emocional y compañía (Cubero, 2002).
- Toma las decisiones más importantes sobre el cuidado, como se realizará y en donde, el tratamiento terapéutico a seguir y se asegura del cumplimiento (Gómez, 2005; Molinuevo y Hernandez, 2011).

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

- Se encarga de la agenda de citas y su cumplimiento, además de ser el depositario de la información derivada de esto (Cubero, 2002).
- Se encarga de comunicar a los familiares sobre la condición del paciente como resultado de la información recibida de los profesionales de la salud (González, 2012).
- Controla las situaciones penosas desencadenadas por los trastornos de la conducta (Gómez, 2007).
- Busca formas de resolver dificultades o retos impuestos por la enfermedad y los recursos disponibles para llevar a cabo el cuidado (González, 2014).
- Promueve, dentro de lo posible, el mantenimiento de la autonomía y conservación del paciente, además de colaborar activamente en la estimulación de las funciones cognitivas aun conservadas (Faur, 2005).
- Crea ambientes que reduzcan el riesgo de accidentes debido a la disminución en las capacidades (Faur, 2005).
- Mediante una planificación sencilla, práctica y cotidiana, facilita la integración y adaptación del paciente a nuevas condiciones (Gómez, 2005).
- Se hace responsable de los gastos económicos del paciente y está al pendiente de lo que necesita (Faur, 2005).
- Busca el retraso de la institucionalización al cuidarlo en casa, monitoreando su estado actual y ayudándole (Gómez, 2007).
- Representa los intereses del paciente (González, 2014).

A partir de lo anterior, se define al cuidador primario como aquella persona encargada la mayor parte del tiempo, temporal o permanentemente, de otra persona con alguna situación incapacitante (por ejemplo, enfermedad crónico-degenerativa, pérdida o deterioro de alguna función debido a enfermedad, accidente o envejecimiento). Debido a esto, se encarga de todo lo relacionado con la persona cuidada, lo cual implica un apoyo físico y emocional, la provisión de

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

recursos necesarios para su sustento y una responsabilidad ante las distintas estructuras sociales, como la familia, el Estado y el sistema de salud (Astudillo y Mendinueta, 2003; Cubero, 2002; González, 2012; González, 2014; Méndez, 2015; Prieto-Miranda et al., 2015; Sánchez et al., 2016).

Tipos de cuidadores

A pesar de que en el apartado anterior se definió de forma general a los cuidadores primarios, es importante señalar que existen dos grandes tipos de cuidadores primarios: los cuidadores primarios formales y los cuidadores primarios informales.

Se le conoce como cuidador primario formal a aquella persona que recibe una compensación económica por su servicio, tienen un horario establecido y suelen brindar la atención en instituciones como residencias, hospitales, centros de día, o bien, a domicilio (Cubero, 2002). López (2015) define a este tipo de cuidador como aquella persona que no es familiar y es contratada para cuidar a una persona, ya que cuentan con una formación profesional y perciben una remuneración por hacerlo. Por su parte, Cedillo (2013) menciona que los cuidadores primarios formales son miembros de equipos de salud capacitados, por tiempo limitado, con una retribución económica y realizan tareas de cuidado personal al enfermo.

Por otro lado, los cuidadores primarios informales no reciben compensación económica y las jornadas no tienen un límite claro. Suelen ser familiares, amigos o conocidos del paciente que cumplen su función solitariamente, y en muchas ocasiones carecen de una formación asistencial (Cano y Matallana, 2008). Relacionado con esta definición, Trataglini, Ofman y Stefania (2010) definen al cuidador informal como el individuo, ya sea familiar, amigo o vecino, que pertenece a la red de apoyo social del enfermo y que dedica la mayor cantidad de tiempo a su cuidado. Además, también destacan que, por dichos cuidados, no recibe retribución económica.

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

López (2015) menciona que, generalmente, el cuidador primario informal es un familiar cercano, sobre todo en México donde la familia es la principal fuente de apoyo. Cedillo (2013) menciona que los cuidadores primarios informales son aquellas personas que pertenecen a la red familiar o cercana del paciente, que asiste y brinda cuidados (de forma voluntaria y sin previa capacitación) a aquella persona que por alguna enfermedad o pérdida de su autonomía requiere de tales cuidados. Además, se relaciona emocionalmente con el paciente y ve mermada su vida diaria debido a la actividad que realiza, sin percibir compensación económica no tener un horario fijo. Por su parte, Ruiz (2003) menciona que el cuidador informal y el cuidador familiar son términos que se utilizan para aquellas personas que no reciben una remuneración por sus servicios.

Por lo tanto, se define a los cuidadores primarios formales como aquellos profesionales de la salud que cuentan con capacitación en los cuidados, tienen una jornada clara y definida (días y horarios previamente establecidos) y reciben una retribución económica por dichos cuidados (Cedillo, 2013; Cubero, 2002; López, 2015). Por su parte, los cuidadores primarios informales son aquellas personas que se encargan del paciente, generalmente sin capacitación previa y pertenecientes a su círculo social cercano, teniendo una relación emocional con éste, por lo cual suelen no recibir alguna retribución económica por dichos cuidados (Cedillo, 2013; López, 2015; Ruíz, 2003).

Perfil del cuidador primario

A continuación, se mencionarán distintas características sociodemográficas de los cuidadores primarios, las cuales serán divididas en seis apartados, mencionando al último algunas consideraciones sobre el perfil del cuidador primario.

Sexo, edad, estado civil y parentesco.

González (2014) describe de manera general al cuidador primario informal como mujer en el 65% a 88% de los casos, con una edad media entre las décadas de los cincuenta y sesenta años. Suelen ser mujeres casadas, madres de familia, con hijos mayores de 18 años, que conviven con el paciente en el mismo hogar y se han encargado de él desde los inicios de la enfermedad. Suelen ser la hija o

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

esposa del paciente y ama de casa. Relacionado con estos resultados, Méndez (2015) menciona que los cuidadores primarios suelen ser mujeres, ya sean hijas o esposas de los pacientes, con edades entre los 40 y los 55 años. Similar a lo anterior, Cedillo (2013) menciona que, en México, estas personas suelen ser mujeres casadas.

Por su parte, Ruíz (2003) encontró que, en una población de 103 cuidadores primarios de adultos mayores, el promedio de edad es de 42 años, siendo el sexo femenino el predominante (65.5%), implicando esto una relación 2:1. En el parentesco que une al cuidador primario, se encontró que había un 35.2% de cónyuges, 42.5% de hijos, 7.4% de hermanos y 6.6% de nietos, distribuyéndose el resto entre primos, sobrinos, amigos y vecinos. Ante la ausencia del cónyuge como posible cuidador primario, las cuidadoras primarias son las hijas adultas. Además, el estado civil predominante fue de personas casados en un 51.8% de los casos. La religión predominante fue la católica, con un 67.5% de los cuidadores.

En un estudio de cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia, De la Rosa (2009) encontró una predominancia de mujeres cuidadoras (77.6%), de las cuales la mayoría eran madres (63.8%) con edades entre 39.7 y 65.3 años, con una media de 52.5 años. Además, un 87.9% de los cuidadores son católicos.

En un estudio cubano, Expósito (2010) encontró que en el 75.7% de los casos, la cuidadora primaria era mujer, siendo hija del paciente en un 45.9% de los casos (y en un 94.6% de los casos se trataba de un pariente del paciente). Además, reporta que el 59.5% de los cuidadores primarios se encontraba en los rangos de edad de 41 a 60 años de edad.

Prieto-Miranda *et al.* (2015) realizó un estudio en un hospital de segundo nivel en la ciudad de Guadalajara, en el cual encontró que el 72% de sus 170 participantes fueron mujeres. Con respecto al parentesco, encontró que el 89% de los casos se trató de un pariente directo de la persona cuidada, siendo el 2% un hermano, el 28% la pareja y el 59% un hijo.

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

Para establecer un perfil de esta población, Lara (2007) estudió a cuidadores primarios, encontrando que, de 60 cuidadores primarios, el 88.3% de ellos eran mujeres, teniendo la relación de hijos en un 68.3% de los casos. Con respecto a la edad, encontró que el 10% eran menores de 45 años, el 45% se encontraban en el rango de 45 a 54 años y el 45% restante era mayor de 54 años. De dicha población, el 73.3% eran casados, siendo el 21.7% solteros y el 5% restante divorciados.

Benítez (2012) buscó identificar cómo influye el tipo de afrontamiento en los niveles de ansiedad del cuidador primario de una persona con demencia. Él encontró que el 67% de la población fueron mujeres, con la mayor concentración de rangos de edad entre los 31 a los 40 años (36%), de los 41 a los 50 años (20%) y de los 51 a los 60 años (20%). Además, encontró que el 30% de ellos eran solteros, el 54% eran casados, el 13% era viudo y solo el 3% era divorciado. Además, destaca que el 53% de los cuidadores eran hijos de la persona con demencia, mientras que el 20% eran esposos y el 27% restante tenían otro tipo de relación, de lo cual se observa que más del 70% tenían una relación con la persona con demencia.

En su estudio, Vázquez (2013) encontró que el 78.2% de 147 cuidadores primarios informales fueron mujeres. Además, el rango de edad en el cual se encontró mayor concentración fue el de 50 a 59 años (27.2%) seguido del rango de 40 a 49 años (25%). En esta población, el 71% se encontraba casado, mientras que un 21.1% se encontraba soltero y el 7.5% restante era se encontraba viudo o en unión libre. El parentesco entre cuidador primario y paciente fue principalmente de hijo (49% de los casos) y esposo (40.1% de los casos).

En un estudio para determinar el estado psicológico del paciente precandidato a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas y de su cuidador primario, Hernández (2016) encontró que el 60% de los cuidadores primarios se encontraron en el rango de edad de 41 a 60 años, de los cuales el 70% fueron mujeres. Con respecto al estado civil, el 80% de ellos era casado, mientras que un 10% era soltero y otro 10% separado.

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

Acosta (2012) buscó identificar los factores objetivos relacionados con la carga del cuidador primario de pacientes con lesión medular en fase de rehabilitación. Este autor encontró que el 81% de los cuidadores primarios fueron mujeres. Con respecto al estado civil, el 71% era casado mientras que el 29% era soltero. Sobre el parentesco con el paciente, observó que eran cónyuges en el 48% de los casos, mientras que en un 43% de los casos era padre/madre y, el 9% restante tenía otro tipo de relación.

En otro estudio, Aguilar (2014) encontró que los cuidadores primarios de los pacientes con esquizofrenia fueron principalmente mujeres (86.6%), frecuentemente madres (60%) o hermano o hermana (23.3%), con un estado civil de casados (26.6%) y solteros (16.6%) y una variación de edad entre los 23 hasta los 80 años con una media de 57.33 años.

Salinas, Valero y Cruz (2007) realizaron un estudio en el cual se buscaba conocer los cambios en la dinámica familiar y el impacto social de los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia. En él, el 90% de los cuidadores primarios fueron mujeres, de las cuales el 63% era la madre y el 37% restante era la hermana, hija y/o esposa. Por su parte, el otro 10% correspondió a hombres que suelen ser hijos o padres del paciente.

Galicia (2015) realizó un estudio en el cual el rango de edad de los cuidadores primarios fue de entre 23 y 71 años, con una media de 49.65. Cabe señalar que más de la mitad de ellos tenía entre 40 y 60 años. Por otro lado, en dicha población, el 74.7% de los cuidadores fueron mujeres.

Al describir a los cuidadores primarios, Ruíz (2003) los clasificó por etapa de vida, encontrando que las más presentadas fueron las de retiro y muerte (44.5%) e independencia (36.2%), donde los hijos salen de casa y no dependen económicamente de los padres.

Escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico.

Con respecto a la escolaridad, Cedillo (2013) menciona que, generalmente, el cuidador primario suele tener nivel educativo bajo. Relacionado con esto, Acosta

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

(2012) encontró que, de los cuidadores primarios estudiados, el 48% tenía una escolaridad básica, el 29% contaba con una escolaridad media y el 23% había cursado una escolaridad superior.

Por su parte, Prieto-Miranda *et al.* (2015) encontró que la escolaridad predominante fue primaria o inferior, con un 45% de participantes sin escolaridad, primaria incompleta o primaria completa. Esto se relaciona con lo encontrado por Aguilar (2014), ya que la mayoría de cuidadores estudiados por este autor, que representaron el 56.6%, tenían un grado máximo de estudios de primaria.

Ruíz (2003) encontró que hubo una predominancia de nivel primaria (43.3%), seguido por secundaria (23.1%), carrera técnica (16.6%), licenciatura (8.4%) y bachillerato (5.6%). Similar a esto, De la Rosa (2009) encontró que el 46.6% de las cuidadoras primarias tienen un nivel de educación primaria. Galicia (2015) encontró que el 70.9% de la muestra tenía una escolaridad de nivel secundaria o menor.

En su estudio, Hernández (2016) encontró que el 25% de cuidadores primarios tenían escolaridad primaria, el 45% secundaria, el 20% bachillerato y el 10% un posgrado. Por su parte, Lara (2007) encontró que el 15% de los cuidadores primarios contaba con primaria, el 28.3% contaba con secundaria y el 56.7% contaba con nivel superior a secundaria (técnico, bachillerato o profesional), lo cual discrepa con algunos de los estudios antes mencionados.

Por otro lado, con respecto a las labores llevadas a cabo por los cuidadores primarios, la ocupación que más encontró Vázquez (2013) fue de labores del hogar (61.2%), seguida de obrero (18.4%), y el resto referida a empleado técnico, profesionista o desempleado y jubilado.

Por su parte, Lara (2007) encontró que el 58.3% se dedicaban al hogar, mientras que el 36.7% eran empleados y el 5% eran pensionados o jubilados. De manera similar, De la Rosa (2009) encontró que un 46.6% de las cuidadoras primarias son encargadas del hogar, similar a lo encontrado por Acosta (2012) quien encontró que la ocupación de los cuidadores, en el 67% era ama de casa,

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

en el 10% era desempleado y en el 23% restante tenía otra ocupación no especificada. Aunado a esto, Aguilar (2014), reporta que los cuidadores primarios de su estudio se dedicaban a un trabajo independiente (50%) y las labores del hogar (26.6%).

Cedillo (2013) destaca que es usual encontrar niveles socioeconómicos bajos en los cuidadores primarios. A pesar de esto, pocos son los estudios que exploran estos aspectos. Un ejemplo es el estudio hecho Vázquez (2013) quien tomó en cuenta la clase social a la cual pertenecían los cuidadores primarios, encontrando que el 13.6% eran de clase marginal, el 55.1% eran de clase obrera, el 27.2% eran de clase media-baja y el 4.1% pertenecían a la clase media-alta. A diferencia de este autor, Benítez (2012) encontró que el 3% es de clase baja, el 40% es de clase media-baja, 20% de clase media, 23% de clase media-alta y 14% de clase alta.

Tiempo dedicado al cuidado.

Con respecto a este rubro, se toman en cuenta dos aspectos: el tiempo que tiene el cuidador primario de cuidar al paciente y las horas que le dedica a las labores de cuidado. Al respecto, Lara (2007) encontró que el 30% de los cuidadores primarios de su estudio llevaba entre uno y cinco años desempeñando el rol de cuidador primario, el 56.7% tenía de seis a diez años, el 8.3% llevaba de 11 a 15 años y el 5% llevaba más de 15 años.

Benítez (2012) menciona que el 47% de la población tenía de dos a cuatro años desempeñando dicho rol, mientras que el 33% llevaba de cinco a nueve años. Así mismo, destaca que el 47% de los cuidadores dedicaban menos de 6 horas a las tareas de cuidado, con un 30% dedicando de 7 a 12 horas y un 23% dedicando de 13 a 24 horas. A pesar de esto, un 70% de ellos contaba con menos de 6 horas para sus actividades personales (Benítez, 2012).

Por su parte, Vázquez (2013) encontró que los cuidadores llevaban al cuidado del paciente de seis a diez años en un 42.9% de los casos, mientras que un 34.7% llevaba cuidándolo por uno a cinco años. Con respecto a las horas

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

diarias dedicadas al cuidado del paciente, se encontró que el 2% dedicaban menos de una hora a los cuidados, el 22.4% de dos a cinco horas, el 41.5% dedicaban de seis a diez horas diarias, el 17.7% dedicaban de 11 a 15 horas y el 16.3% dedicaban de 16 a 24 horas a dichas tareas.

Con respecto a las horas de cuidado, Hernández (2016) encontró que un 5% de cuidadores primarios dedicaba menos de 6 horas al cuidado, mientras que un 40% dedicaba de 6 a 12 horas y un 55% dedicaba todo el día a dichas actividades.

Aguilar (2014) encontró que la media de años vividos con el paciente fue de 30.93 años y la media de horas diarias dedicadas por parte del cuidador al paciente fue de 17.37 horas (Aguilar, 2014).

Acosta (2012) observó que en el 67% de los casos no había otro cuidador que apoyara en la atención al paciente. Por lo cual el 62% de los cuidadores primarios le dedicaba 24 horas diarias a las tareas de cuidado, mientras que el 38% de cuidadores dedicaban 23 horas o menos a dichos cuidados.

Por su parte, Ruíz (2003) encontró que las horas que el cuidador dedica al adulto mayor van desde tres horas hasta un máximo de 18 horas, con una media de 11 horas. El tiempo libre con el que cuenta van desde una hasta diez horas, con una media de 5 horas. Las horas para ellos variaban entre 1 y 3 horas, con una media de dos horas. Durante este tiempo realizaban labores del hogar (50.9%), socialización (18.6%), leer (5.5%), estudiar (3.7%) y practicar algún deporte (1.8%).

Relacionado con estos hallazgos, Prieto-Miranda *et al.* (2015) encontró que el 10.58% de su población le dedicaba entre 1 y 3 horas a las tareas de cuidado, el 14.71% de 4 a 6 horas, el 20.58% de 7 a 9 horas, el 16.48% de 10 a 12 horas y el 37.65% le dedicaba más de 12 horas diarias a dicha actividad.

Otras características encontradas.

Por otro lado, se ha encontrado que el apoyo que se brindaba al adulto mayor fue principalmente la ayuda total (59.3%), seguido de asistencia (34.3 %) y por ultimo de compañía (6.4%). El encargado de las decisiones relacionadas con el adulto mayor fue principalmente el cuidador primario (75%), sus hijos (16.6%) el mismo paciente (6.8%) y el cónyuge (1.8%) (Ruíz, 2003).

Sobre el estado de salud de estos cuidadores, encontró que el 68.3% de ellos se encontraba enfermo. Con respecto a expectativas o planes, el 20% de los cuidadores mencionan expectativas recreativas, el 16.7% mencionan el cuidado de la salud, el 21.7% mencionan expectativas productivas y el 41.7% mencionan no tener alguna expectativa o plan. Este autor también encontró que, con respecto al estado emocional de los cuidadores primarios, el 40% refirió encontrarse estresado, mientras que el 11.7% deprimido, además de un 51.7% padecían insomnio.

Relacionado con lo anterior, Ruíz (2003) menciona haber evaluado la depresión de los cuidadores primarios, en la cual la mayoría puntuó con depresión media (53.8%) e incipiente (15.7%) (Ruíz, 2003).

Benítez (2012) llevó a cabo una correlación entre el sexo y los niveles de ansiedad presentados, encontrando que los niveles de ansiedad eran mayores en las mujeres en comparación a los hombres. De igual manera, encontró que personas con menor escolaridad presentaban mayores niveles de ansiedad.

Consideraciones sobre el perfil del cuidador primario.

A partir de lo antes mencionado, se observa que la distribución del papel del cuidador no se realiza de forma homogénea en las familias; el cuidado suele girar en torno a una figura central, que es el cuidador principal, que se hace cargo del cuidado del paciente. Suelen ser mujeres de bajo nivel educativo, no se encuentran trabajando, amas de casa y con un nivel socioeconómico bajo, además de no recibir apoyo físico, emocional, psicológico y social (Cedillo, 2013).

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

También es importante destacar el hecho de que sea la mujer quien generalmente es la cuidadora primaria informal se debe al papel asignado a ella a lo largo de la historia, al ser considerada como aquella que cuida y protege a los niños, personas mayores y enfermos en la familia (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004).

Sin embargo, los cambios sociales han derivado en una visión cada vez más diferente en relación a esta cuestión ya que ahora también hay hombres que, en menor proporción, se hacen cargo del cuidado en la demencia tipo Alzheimer (Montalvo, 2007).

Relacionado con lo anterior, hay factores influyentes en la designación del cuidador primario, como lo son el estado civil, número de hijos, situación laboral y proximidad geográfica. Suele suceder que las personas elegidas para este rol son hijas solteras, viudas o divorciadas, desempleadas y que cohabitan con el adulto mayor (Ruíz, 2003).

Cedillo (2013) también menciona que hay personas que no se deben encargar del cuidado de un enfermo, siendo aquellas con ciertas incapacidades (por edad, enfermedad o discapacidad física), quienes por inexperiencia o por la relación con el familiar no sean adecuadas para los cuidados, un familiar con antecedentes de trastorno psiquiátrico, quien tiene antecedentes de relación conflictiva con el paciente.

González (2014), al retomar otros autores, menciona que el grado de parentesco entre el cuidador primario y el paciente afecta en cómo se vivirá y aceptará la experiencia de la enfermedad (Deví & Deus, 2004). Además, su relación previa condicionará la relación de cuidado posterior (Cubero, 2002). Debido a esto, el actuar, sentir y pensar del cuidador hacia el enfermo se verá influido por los conflictos, el distanciamiento, la calidad de la convivencia, el afecto expresado y los eventos pasados entre estas dos personas (Deví & Ruíz, 2002).

Tomando en cuenta lo anterior, se propone el perfil sociodemográfico del cuidador informal mexicano como una mujer entre los 40 y 60 años de edad,

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

pariente cercano del paciente (madre, esposa o hija), con escolaridad y nivel socioeconómico bajos y con un tiempo dedicado al cuidado superior a las 10 horas diarias y, además de esta actividad, suelen estar encargadas de las tareas del hogar.

A pesar del perfil descrito, es importante hacer ciertas puntualizaciones. Por un lado, si bien la mujer suele ser la encargada de estos cuidados, distintos autores (De la Rosa, 2009; González, 2014; Ruíz, 2003) mencionan la mayor presencia gradual que están teniendo los hombres con respecto al rol de cuidador primario informal. Por otro lado, algo que no suele ser investigado es la relación entre el paciente y la persona a cargo de sus cuidados, tanto previo a la situación de cuidado como durante la misma, como lo destacan Cubero (2002) y Deví & Deus (2004).

Implicaciones de las tareas de cuidado

El cuidar a una persona dependiente es una tarea difícil, demandante y de gran responsabilidad, la cual demanda llevar a cabo actividades para las que no se está preparado y que no siempre son agradables (Rivera, Dávila y González, 2011). Dentro de estas actividades, se encuentra el proveer atención a nivel emocional, instrumental y económico (Méndez, 2015). En su estudio, Pérez-Godoy y Moreno-Guerín (2007) citan a una paciente que dice “yo ahora me puedo duchar” (pp. 69), una vez que dejó al paciente en una casa de cuidado. Debido a esto, y a las implicaciones que puede tener a largo plazo en el cuidador primario, Flores y Arcos (2011) los mencionan como *segundas víctimas* o *pacientes ocultos*.

Al hablar sobre cuidadores primarios de personas con Alzheimer, González (2014) menciona que, debido a la atención de estas personas, el cuidador enfrenta el riesgo de padecer perturbaciones físicas, psicológicas y sociales. Dichas perturbaciones se deben a la entrega y dedicación constantes en un proceso largo y demandante. Dentro de estas consecuencias menciona las siguientes:

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

- Alteraciones psicológicas y afectivas como ansiedad, depresión, estrés, baja autoestima, trastornos del sueño, somatizaciones y conflictos emocionales (Saiz, Bordallo y García, 2008).
- Sobrecarga, la cual debe ser entendida como las consecuencias físicas, psicológicas, económicas y sociales que deja la tarea del cuidado de una persona dependiente (González, 2014).
- Actividad laboral y economía ya que, por un lado el cuidado requiere de muchos recursos económicos y, por el otro, debido al tiempo necesario, es difícil mantener un empleo remunerado (González, 2014).
- Vida personal, tomando en cuenta que la persona cuidadora además es madre, esposa, hija, ama de casa y trabajadora (García-Calvente et al., 2004). De esta manera, el cuidado impacta en la calidad de vida del cuidador primario, quien deja de realizar un gran número de actividades para dedicarse casi exclusivamente al cuidado.
- Repercusiones sociales. Debido a lo demandante de la atención al paciente, el cuidador deja de lado un gran número de actividades sociales que podían resultarle placenteras (González, 2014).
- Conflictos familiares (González, 2014).
- Alteraciones en la salud física (González, 2014).

Complementario a lo mencionado por Aguilar, Cruz (2014) menciona algunas de las repercusiones que tiene la persona que cuida a un enfermo de Alzheimer, entre las cuales destaca las siguientes:

- Repercusiones laborales como ausentismo, conflictos con compañeros, mayor número de siniestros laborales, reducción de la jornada o incluso abandono del trabajo.
- Repercusiones económicas como disminución de ingresos acompañada de un aumento de gastos

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

- Estrés y crisis personales relacionados con la duración de la enfermedad de Alzheimer, intensidad de los síntomas, complejidad de los cuidados y convivencia y cohesión del grupo familiar.
- Reducción de la vida social al contar con menos tiempo de ocio y para las relaciones sociales, lo que deriva en aislamiento y enclaustramiento
- Problemas legales como la tutela del enfermo y toma de decisiones relacionadas con el mismo.

Por otro lado, al hablar sobre cuidadores de pacientes esquizofrénicos, De la Rosa (2009) destaca que el cuidar es una actividad que requiere de cierta preparación, ya que la labor realizada puede llevar a los cuidadores informales a ser usuarios de los servicios de salud.

Retomando las repercusiones físicas que pueden implicar las tareas de cuidado, Leal, en el 2013, realizó un estudio con 330 cuidadores primarios, en el cual estudió las enfermedades padecidas por el cuidador primario de adultos mayores y la sobrecarga percibida. El autor encontró que solo el 36% de ellos reportaba no padecer alguna enfermedad. El 64% restante reportó padecer hipertensión, colitis, dolor de espalda y enfermedades ácido pépticas, entre otras.

Con respecto al área afectiva, Bermejo (2002; citado en Cedillo, 2013) menciona que el cuidador primario puede experimentar las siguientes emociones:

- Incertidumbre, desconcierto, hostilidad, incredulidad, desasosiego y cólera ante la sospecha de la enfermedad
- Aturdimiento, incompreensión, negación de la evidencia, incompreensión, bloqueo, temor ante lo desconocido y sentimientos de soledad
- Al avanzar la enfermedad se siente descontrol emocional, estrés, culpa, sensación de ineficacia en la toma de decisiones, inseguridad ante las medidas tomadas, sensación de aislamiento social, manifestaciones psicósomáticas de ansiedad y/o depresión

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

Por su parte, Centeno (2004) destaca que, al cuidar a la persona día a día, se experimentan consecuencias psicológicas negativas como:

- Sentimientos de tristeza, desesperación, indefensión y desesperanza
- Sentimientos de enfado e irritabilidad (en familiares que perciben la situación injusta y no reconocida)
- Sentimientos de preocupación y ansiedad ante la salud (propia, del paciente y la familia)
- Sentimientos de culpa debido al enfado con el enfermo, pensar que no es suficiente, desear la muerte del enfermo (para liberarse del cuidado o para parar su sufrimiento). En un estudio, Pérez-Godoy y Moreno Guérin (2007) citan que una cuidadora dijo que “es lo mejor que le podía haber pasado” (pp. 69) al mencionar la muerte de la paciente a la que estaba cuidando.

Relacionado con lo anterior, Cedillo (2013) menciona que, si bien es normal sentir estos sentimientos, es común que los cuidadores primarios no los expresen, lo cual puede llevar a una sobrecarga del cuidador.

Algunas señales relacionadas con problemas emocionales son cambios frecuentes de humor, falta de concentración, cambios en los hábitos alimenticios, olvido de cosas, cansancio crónico y sensación de soledad y desamparo. También puede haber tristeza o temperamento, llorar más frecuentemente, ver a amigos o parientes con menor frecuencia, perder interés por aficiones, tener rabia contra el cuidado u otras personas. Además, puede haber sentimientos de frustración y estrés debido al no agradecimiento por parte de la persona que está cuidando (Cedillo, 2013).

En el área socio-económica, los cuidadores primarios sufren consecuencias como limitación de las posibilidades de progreso en el área profesional, el cambio y/o absentismo laboral. La exclusión del mercado laboral o de lo precario del empleo también afecta al cuidador a largo plazo, especialmente la falta de acceso a determinados derechos sociales. Debido a esto, los cuidadores tienen

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

probabilidades de encontrarse en situación de pobreza y exclusión social (Cedillo, 2013). Esto afecta debido a que los cuidados del enfermo generalmente requieren de un gasto considerable.

La enfermedad trae consigo una crisis profunda en el funcionamiento de la familia, la cual se suele ver en la asignación de roles. Los miembros se ven obligados a negociar los roles y funciones que solía desempeñar el enfermo. Este cambio suele ser abrupto debido a la enfermedad y favorecido por la sobreprotección al enfermo. El cuidador desarrolla una relación muy cercana con el enfermo, excluyendo así al resto de la familia, lo cual puede resultar en sentimientos de culpa, problemas de pareja y disfunción familiar (Cedillo, 2013). Debido a la ambivalencia frente al enfermo, la familia suele alejarse de éste, evitando y delegando a otro miembro la función de cuidador. La crisis emocional familiar suele desencadenarse por factores comunes, como la aparición de síntomas nuevos o agravamiento de los preexistentes, dudas sobre el tratamiento, sentimientos de pérdida, miedo, incertidumbre y agotamiento del cuidador.

A pesar de lo anterior, en ocasiones el cuidador, debido a la presión ejercida por su medio sociocultural, rechaza que ha sufrido alteraciones debido a las tareas de cuidado (De la Rosa, 2009).

En el estudio realizado por Salinas, Valero y Cruz (2007), citado anteriormente, se encontró que los principales problemas familiares se deben al padecimiento del paciente, a la falta de información sobre su enfermedad y a la precariedad económica que deben enfrentar, lo cual no les permite una adherencia terapéutica ya que no les es posible comprar los medicamentos. Al respecto de las modificaciones en la dinámica familiar, solo el 40% de la muestra percibió un cambio, de los cuales el 17% menciona haberse unido más, opuesto al 23% de la muestra, que menciona un distanciamiento y desintegración de la familia.

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

Aguilar (2014) encontró que la psicopatología más frecuente es el trastorno de ansiedad generalizada (43.3%), seguido por aquellos que además de este trastorno, fueron diagnosticados con trastorno depresivo mayor (13.3%).

Al respecto de los cambios en la vida social del cuidador primario, Salinas, Valero y Cruz (2007) encontraron que el 56.7% de los participantes consideran que ésta no se afectó, mientras que el 43.3% afirmó haber tenido cambios. Por otro lado, el 30% de ellos señaló que el tiempo que le dedica al paciente no le permite tener tiempo para sí mismo. Al respecto del control sobre su vida, el 40% de los cuidadores mencionó sentir que lo había perdido.

Por lo tanto, se observa cómo las tareas de cuidado implican un gran esfuerzo por parte del cuidador. Este esfuerzo suele ser excesivo para las capacidades del cuidador primario, lo que puede conducir a un desgaste y sobrecarga, tema que será abordado a continuación.

Sobrecarga del cuidador.

El ser cuidador primario es un riesgo de problemas para su salud, ya que pueden experimentar graves problemas de salud física y mental debido al estrés por las circunstancias en las que se desarrolla el cuidado (Romero y Cuba, 2013). Además, debido a las tareas de cuidado, el cuidador primario experimenta desgaste físico, emocional y económico, además de encontrarse afectado en las áreas laboral, de tiempo libre y social (Méndez, 2015).

González (2014) menciona que las personas que se encuentran al cuidado de un enfermo con Alzheimer resultan desgastadas en muchos factores. En este caso, no solo el paciente es víctima de la patología, sino que también su cuidador, convirtiéndolo así en un problema social, además de salud mental.

De la Rosa (2009) destaca que el principal impacto generado por las tareas de cuidado es la carga. Sin embargo, también es importante mencionar que la magnitud de la carga se encuentra vinculada a las características del enfermo, su padecimiento, los vínculos afectivos existentes, la dinámica familiar, las circunstancias particulares del cuidador y el nivel de estrés al que se encuentra

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

sometido. Además, la red de apoyo limitada suele deteriorar el problema, ya que hay pocas opciones de compartir la responsabilidad (López, 2015).

La sobrecarga, del inglés “burden” que se traduce como “carga” fue descrito originalmente por Freudenberguer en 1974 (Prieto-Miranda *et al.*, 2015) al referirse al agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. Así, la sobrecarga es concebida como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado influye en diferentes aspectos de su salud, vida social, personal y económica.

El concepto de sobrecarga se refiere al agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado de un paciente con alguna discapacidad. También se relaciona con dificultades en la salud física, lo cual se debe a la acumulación de estresores ante los cuales el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento (Muñoz-Campos, Lozano-Nuevo, Huerta-Ramírez, Escobedo-de la Cruz, Torres-Reyes y Loaiza-Félix, 2015).

Con respecto a la sobrecarga del cuidador, Aguilar (2014) encontró que hubo un 20% de cuidadores con sobrecarga ligera y 16.6% de sobrecarga intensa. Se puede ver que el 36.6% de la población estudiada presenta un síndrome de desgaste, lo cual se suma a los trastornos de ansiedad y depresivo mayor. Se puede inferir que una proporción importante de cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia pueden presentar síntomas afectivos sin ser tratados. Además, concluye que los pacientes esquizofrénicos hombres parecen propiciar un mayor grado de psicopatología y sobrecarga de cuidador.

En otro estudio. Leal (2013) encontró que el 56% de los cuidadores primarios reportaban una sobrecarga leve, mientras que un 31% reportó una sobrecarga intensa.

Sin embargo, a diferencia de otros estudios, Vázquez (2013) encontró que el 56% de los cuidadores primarios no presentaron sobrecarga, mientras que un 39% presentaron sobrecarga ligera y el 5% restante presentaron sobrecarga intensa, lo cual puede estar relacionado con el tiempo al cuidado del paciente que, se concentró en un periodo de 6 a 10 años, ya que, retomando el estudio de Salinas,

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

Valero y Cruz (2007), la sobrecarga se va reduciendo conforme se dedican más años a las tareas de cuidado.

La sobrecarga del cuidador primario informal se encuentra relacionada con el cambio abrupto y radical en su estilo de vida y el desgaste continuo debido a los cuidados constantes, aunado al duelo anticipado que ha de atravesar como consecuencia del deterioro progresivo y las pérdidas enfrentadas a diario por el ser querido (López, 2015). También, como lo señalan distintos autores (Flores, y Arcos, 2011; Díaz *et al.*, 2014), la sobrecarga subjetiva, o la percepción que el cuidador tiene de la sobrecarga experimentada, resulta de suma importancia al momento de evaluar su situación vital.

Debido a lo extenuante de la tarea de cuidado, generalmente los familiares prefieren ignorar el problema y las tareas de cuidado recaen sobre una persona, lo que, como se mencionó anteriormente, altera su vida en las esferas física, emocional, social y económica, lo cual puede conducir a una sobrecarga. Esta sobrecarga se caracteriza por la presencia de síntomas y signos como cansancio, irritabilidad, depresión, ansiedad, insomnio, debilidad, inapetencia, dolores corporales, falta de concentración, aislamiento social, pérdida de autoestima, sentimientos de desesperanza e incomprensión, tendencia a somatizar, resentimiento acompañado de deshumanización hacia la persona que cuida y algunos trastornos que pueden incapacitarlo o incluso ponerlo al borde de la muerte o el suicidio (López, 2015).

Como consecuencia de lo anterior, suelen darse casos de maltrato, negligencia o abandono, lo cual agudiza la enfermedad y deteriora la calidad de vida del paciente (López, 2015).

Al momento de medir el desgaste por parte de los cuidadores primarios, Galicia (2015) encontró que el 89.9% de los participantes presentaron desgaste del cuidador, el cual fue medido por la escala de Zarit.

Por su parte, Salinas, Valero y Cruz (2007) encontraron que el grado de sobrecarga es inversamente proporcional a la cantidad de años con el cuidado, ya

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

que el 33.3% de cuidadores primarios que lleva con los cuidados por más de 10 años tiene menor sobrecarga que el 66.7% que lleva menos tiempo, debido a que en el primer caso los cuidados se han vuelto algo normal y cotidiano, mientras que en el segundo caso se han hecho cambios de hábitos importantes. A pesar de esto, el 70% refiere que no delegaría esta responsabilidad a otra persona.

En un estudio mexicano enfocado en conocer la relación entre la sobrecarga y las necesidades de los cuidadores primarios de pacientes que sufrieron traumatismo craneoencefálico, Díaz, Arango-Lasprilla, Espinosa y Rivera-Ledesma (2014) encontraron que las tres necesidades percibidas como más importantes por los cuidadores primarios informales fueron la información sobre la salud (conocer el estado de salud del paciente, recibir respuesta a sus dudas sobre la condición del paciente), soporte emocional (tener amigos o pareja que comprendan lo difícil de la situación de cuidado, hablar de sus sentimientos al respecto y recibir apoyo para enfrentar dudas y temores) y soporte profesional (saber qué hacer cuando el paciente necesite de apoyo). Por otro lado, esta población evalúa como menos importante el soporte instrumental (ayuda en las labores y mantenimiento del hogar) y apoyo social (contar con un profesional que pueda aconsejar). Los autores señalan que quizá esto se deba a que, por un lado, la mayoría de la muestra son mujeres que, como resultado del contexto cultural, suelen adoptar la responsabilidad del hogar.

Relacionado con lo anterior, estos autores también reportan que las necesidades evaluadas como más importantes, son las que se encuentran menos satisfechas.

El hecho de que las necesidades de apoyo emocional sean evaluadas como no satisfechas tampoco sorprende a estos autores, ya que destacan el valor que le dan las familias latinas a la empatía que le pueda proporcionar una persona significativa (pareja o amigos).

Por último, menciona que la percepción de carga e importancia y satisfacción de las necesidades se ve influida por las horas y meses de cuidado proporcionado

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

por el cuidador primario informal. Reportan que el nivel de carga fue mayor cuando la persona tenía entre 1 y 24 meses cuidando al paciente, en comparación con aquellos que llevan de 25 a 36 meses realizando dicha tarea. Dicho resultado lo explican con base en la habituación, lo cual decrementa la magnitud y duración de las reacciones en función de la repetición de un estímulo.

González (2014) destaca que, para prevenir que el cuidador primario colapse y se reduzca la frecuencia de circunstancias adversas, se ha recomendado que éste considere y logre poner en práctica los siguientes puntos:

- Aprender a reconocer cuándo necesita ayuda, sepa solicitarla y aceptarla, ya que esto permite un descanso y mayor efectividad para realizar la tarea (Faur, 2005).
- Aprender a delegar y compartir actividades (Faur, 2005).
- No exigirse más de lo que las capacidades propias permiten (Faur, 2005).
- No colocarse en segundo lugar y, por lo tanto, reconocer el bienestar propio como algo necesario (Faur, 2005).
- Aceptar y dar lugar a sentimientos emergentes, sin importar su ambivalencia (Faur, 2005).
- Promover la independencia y autonomía del paciente al dejar que realice actividades con lentitud o que no estén hechas completamente bien. De esta forma, no se adelanta la discapacidad funcional y, por lo tanto, la carga de trabajo (Faur, 2005).
- Aceptar que en la enfermedad hay eventos que no se pueden controlar e insistir en ellos puede derivar en agotamiento físico y emocional (Faur, 2005).
- Evitar el aislamiento (Faur, 2005).
- Importancia de procurar el descanso y buscar un espacio para distraerse de las labores en la enfermedad al dejar al paciente con algún familiar o amigo o en un sitio donde puedan realizar las tareas de cuidado por un periodo corto de tiempo (Salmerón & Alonso, 2004).

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

- Realizar actividades agradables (Espinosa & Rodríguez, 2007).
- Buscar opciones de ayuda externa existentes (Faur, 2005; Salmerón & Alonso, 2004).
- Hacer partícipes a los integrantes de la familia para dividir la responsabilidad (Salmerón & Alonso, 2004).
- Estimulación de hábitos de vida saludables mediante la suspensión de consumo de sustancias tóxicas, del descanso, del ejercicio físico, del aprendizaje de técnicas de relajación, del contacto personal y una buena alimentación (Espinosa & Rodríguez, 2007).
- Evitar la codependencia (Espinosa & Rodríguez, 2007).
- Importancia de comprender que la conducta del paciente es resultado de la enfermedad y no un acto intencional (González, 2014).

Debido a lo anterior, se debe reconocer la importancia de que el cuidador detecte la sobrecarga que puede estar viviendo debido a la situación de cuidado y tome acciones para contrarrestar dicha sobrecarga.

Medición de la sobrecarga del cuidador.

La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit fue desarrollada por el autor del mismo nombre en 1983, partiendo del modelo biopsicosocial del estrés (Prieto-Miranda *et al.*, 2015). Esta escala es una prueba psicométrica de calificación objetiva que evalúa la presencia o ausencia de sobrecarga del cuidador de personas dependientes, medida en grados, tomando en la capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente al cuidado (Romero y Cuba, 2013). Cada reactivo es asignado con una puntuación de 1 a 5 y al final se realiza la suma de los mismos. De acuerdo con dicha sumatoria, se designa: 1) ausencia de sobrecarga (≤ 46 puntos), 2) sobrecarga ligera (47-55 puntos) y 3) sobrecarga intensa (≥ 56 puntos) (Muñoz-Campos, Lozano-Nuevo, Huerta-Ramírez, Escobedo-de la Cruz, Torres-Reyes y Loaiza-Félix, 2015; Sánchez *et al.*, 2016).

Diversos trabajos señalan que su consistencia interna se encuentra entre 0.89 y 0.91 con el alfa de Cronbach. En una revisión del instrumento, se redujo el

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

número de reactivos a 22, resultando en una consistencia interna de 0.79 a 0.92 (Prieto-Miranda *et al.*, 2015).

Muñoz-Campos *et al.* (2015) destacan que en el 2008 se realizó un estudio para validar la escala de Zarit en México y se concluyó su buena consistencia interna y validez, considerándola confiable para evaluar la carga del cuidador de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

Calidad de vida del cuidador.

El término de calidad de vida resulta difícil de definir, debido a su elusividad, abstracción, complejidad y su medición indirecta. Además, es un concepto relativamente nuevo dentro de la psicología y admite múltiples orientaciones (Barroso, 2008). Éste combina la salud física, estado fisiológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias y relaciones con el ambiente (Díaz, 2012).

Oblitas (2004) menciona que la calidad de vida es un conjunto de evaluaciones hechas por el individuo sobre cada uno de los dominios de su vida actual con base en su propia experiencia (Sosa, 2008). Debido a esto, la calidad de vida mide la diferencia en un momento particular entre las esperanzas o expectativas de la persona y su experiencia actual. Relacionado con esto, Herbias, Aguirre, Bravo y Áviles (2016) mencionan que el concepto de calidad de vida se trata de un concepto amplio influido por la salud física, el estado psicológico, su nivel de independencia y sus relaciones sociales, entre otros. Debido a esto, cada persona tiene un concepto diferente al respecto, habiendo variedad de opiniones dependiendo del grupo de edad, sexo, cultura y estado de salud, entre otros.

Ardilla, en el 2003, hizo una revisión de distintos conceptos de calidad de vida. Debido a esto, él considera que muchas de las definiciones incluyen y excluyen diversos elementos, por lo que propone una definición integradora del concepto. Él la define como un estado de satisfacción general que deriva de la realización de las potencialidades de la persona. Es una sensación subjetiva de

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

bienestar físico, psicológico y social. Posee tanto aspectos subjetivos como objetivos. Los aspectos subjetivos se refieren a la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida y la productividad personal. Por su parte, los aspectos objetivos se refieren al bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida. En este sentido, Barroso (2008) destaca que, si las personas disfrutan de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidad de funcionar mejor, ya que hay una relación muy cercana entre la calidad de vida y los diversos aspectos del funcionamiento humano.

Sosa (2008) menciona que la calidad de vida se puede juzgar con base en factores objetivos (condiciones socio-económicas, entorno, habitación entre muchos otros) y factores subjetivos (sensación general de bienestar, sentido de vida, fuerza moral, entre otras).

Por su parte, Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), después de discutir sobre distintos aspectos de la calidad de vida y como es conceptualizada, concluye que dicho concepto es subjetivo, el peso que se le asigna a cada dimensión es diferente para cada persona y el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida.

Harper y Power (1998, en Rodríguez, 2009) destacan un aspecto hasta el momento no mencionado anteriormente, ya que definen la calidad de vida como la percepción que tienen los individuos de su posición en la vida dentro de su contexto cultural y el sistema de valores en el cual viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses.

En su estudio, Rivera *et al.* (2011) encontraron una relación inversamente proporcional de la del nivel de sobrecarga y la calidad de vida, ya que a mayor sobrecarga del cuidador, menor calidad de vida.

Intervención en el cuidador primario

Dentro de los servicios de salud, generalmente el cuidador primario es olvidado por parte de los prestadores de este servicio, debido a que éstos se centran en los

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

cuidados y atención del paciente (Flores y Arcos, 2011). En los casos en los que el cuidador es atendido por dichos servicios, esta atención no se hace de forma integral, de manera que tenga mayor impacto (Expósito, 2010).

González (2014) menciona que, la intervención en cuidadores primarios, se ha hecho desde perspectivas psicoeducativas, cognitivo-conductuales, sistémicas y psicosociales.

Esta autora también menciona que las tareas de cuidado llevan consigo una serie de consecuencias y alteraciones, sobre las cuales se han de intervenir:

- Como se mencionó anteriormente, hay distintas alteraciones a nivel psicológico y emocional. Por tanto, la intervención debería ir enfocada a alteraciones como:
 - Depresión y ansiedad, que se relacionan con estilos de afrontamiento y el deterioro, tanto cognitivo como funcional, del paciente
 - Estrés relacionado con la pérdida de funcionalidad del paciente, los sentimientos negativos, el cambio en el estilo de vida, así como conflictos familiares y laborales.
 - Burnout asociado a la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en el cuidado, la sobrecarga, la fatiga, el insomnio, los problemas de conducta en el paciente y su declive funcional y cognitivo
 - Malestar emocional resultado de sentimientos de angustia, inquietud, tristeza, desánimo, impotencia, frustración, enojo, irritabilidad, soledad, desprotección y culpa.
- La sobrecarga se ha descrito como una de las principales consecuencias sobre el cuidado
- En el área laboral, se dificulta la compatibilidad de demandas del cuidado con el trabajo, lo cual puede derivar en una reducción de la jornada hasta un abandono del trabajo, afectando así la economía familiar (ya que a los gastos del paciente se suman los del cuidador).

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

- A nivel personal, los problemas son en la salud física y mental, la desatención a las necesidades propias, reducción de los momentos de intimidad y de integración social y al detrimento en la calidad de vida
- En lo social, los acontecimientos negativos generados se refieren a la reducción de actividades sociales debido a la carencia de tiempo libre y dificultades para consolidar redes de apoyo
- En el ambiente familiar, se producen conflictos debido al cambio en la estructura y dinámica familiar, adquisición de nuevos roles, postergación de planes futuros, diferencias de opinión entre los miembros y la falta de acuerdos para la distribución de los cuidados
- A nivel de salud física, el agotamiento de las defensas del cuerpo y el bajo rendimiento del sistema inmunitario debido a la carga de trabajo, favorecen la manifestación de padecimientos gastrointestinales, cardiovasculares y metabólicos, anemias, alteraciones musculo-esqueléticas. Además, puede haber un desarrollo de conductas adictivas (especialmente alcohol y tabaco)

López (2015) propone un plan de intervención en el cuidador primario informal mediante la capacitación (que se encuentra relacionado con lo mencionado por Flores y Arcos en el 2011 al destacar que una adecuada orientación al cuidador primario dará como resultado una mejor calidad de vida para él y la persona que cuida), el apoyo emocional y desahogo, el reforzamiento de redes de apoyo, “servicio de respiro” (apoyo de alguien más en los cuidados del adulto mayor para que el cuidador primario informal realice otras actividades), atención tanatológica y atención médica domiciliaria al adulto mayor para que, de esta forma, se reduzca la sobrecarga y así mejore la calidad de vida y el estado de salud tanto del cuidador primario como del adulto mayor.

Debido a los nuevos acontecimientos en su vida, el cuidador ha de adaptarse y afrontar dichos cambios para minimizar sus efectos (Flores y Arcos, 2011). Esto es mencionado por Flores y Arcos (2011), quienes destacan la relación que existe entre el afrontamiento y la sobrecarga subjetiva del cuidador, quienes mencionan que a un mejor uso del afrontamiento hay un mejor manejo de la sobrecarga

Capítulo 1. Cuidadores Primarios

subjetiva. También encontraron que hubo una menor sobrecarga en los cuidadores que usaron estilos de afrontamiento centrados en el problema (activos, de planificación, búsqueda de apoyo social, etc.) y en la emoción (interpretación positiva, aceptación, acudir a la religión, etc.), comparados con aquellos que usaron estilos de afrontamiento centrados en la percepción (enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual y mental).

Relacionado con lo anterior, Tartaglini, Ofman y Stefania (2010) encontraron que la adecuada utilización de las estrategias de afrontamiento en función de la situación reduce los niveles de sobrecarga experimentados por los cuidadores familiares.

En este capítulo se revisaron y definieron conceptos como cuidador primario, cuidadores primarios formal e informal, las principales características sociodemográficas de un cuidador primario en México, así como las implicaciones de la tarea del cuidado en la persona y como se ha intervenido en ella. Estos aspectos toman relevancia debido la importancia de comprender la población sobre la cual se ha de intervenir. Además, dejan ver como el trabajo con cuidadores primarios suele ir enfocado hacia el estudio y descripción de esta población, habiendo mucho menor énfasis en la intervención de las consecuencias de realizar estas actividades.

En el siguiente capítulo se hablará sobre pérdida y duelo, aspectos que se encuentran presentes durante las actividades de cuidado del paciente, pero que no suelen ser reconocidos por el cuidador primario.

Capítulo 2. Pérdida y duelo

En el presente capítulo se hablará sobre pérdida y un tipo de pérdida: la pérdida ambigua. Además, se mencionarán los distintos tipos de duelo ante la pérdida, así como los modelos desde los cuales se entiende el duelo. Si bien al hablar de duelo se suele asociar inmediatamente éste a la muerte, en el presente trabajo se abordará la pérdida y el duelo desde los roles y las relaciones que tienen los cuidadores primarios con la persona que se encuentran cuidando.

Definición de pérdida

Buendía (2001) menciona que la condición previa para un proceso de duelo es la experiencia de pérdida, sea real o no. Además, debido a que no se puede perder algo que nunca se tuvo, es necesario establecer que ya existía un vínculo entre la persona y lo perdido. El afecto intrínseco a este vínculo determina que dicha pérdida cause dolor y aflicción. Debido a esto, como lo señalan Meza, García, Torres, Castillo, Sauri y Martínez (2008) “lo esencial del duelo es el cariño (apego) y la pérdida” (pp. 29).

Freud (citado en Buendía, 2001) sostiene, mediante una teoría del impulso secundario, que se establecen vínculos desde la infancia debido a que el bebé se interesa y crea un vínculo con la figura humana satisfactora de sus necesidades fisiológicas, en especial de alimento y calor. A partir de esto, él planteaba que la vinculación es un producto del aprendizaje.

Sin embargo, Buendía (2001) señala que el psiquiatra John Bowlby (1980) no se encontraba de acuerdo con los planteamientos de Freud. Su teoría del apego habla sobre la tendencia de las personas al establecimiento de fuertes vínculos emocionales con otras personas y cómo la amenaza o rompimiento de estos vínculos puede producir reacciones emocionales fuertes. Él proponía que estos apegos tienen su origen en la necesidad que tenemos de seguridad y protección; son desarrollados a tempranas edades, dirigidos hacia pocas personas específicas y suelen mantenerse durante gran parte de la vida (Worden, 2004).

Capítulo 2. Pérdida y duelo

A partir de sus observaciones, Bowlby concluye que el apego es un comportamiento instintivo derivado de sistemas de conducta que se desarrollan como resultado de la interacción del niño con el ambiente y con la madre. Así, señala que la conducta instintiva de apego es cualquier forma de comportamiento que lleva a que una persona alcance y conserve proximidad con respecto a otra persona diferenciada y preferida. Además, resalta cómo la conducta de vinculación no busca la satisfacción de necesidades fisiológicas, sino la interacción social del niño con la figura de apego. De esta manera, el vínculo tiene como función el contribuir a la supervivencia del individuo, ya que lo protege contra el peligro y le permite adquirir conocimientos y actividades útiles para su vida (Buendía, 2001).

Dentro de esta teoría, se menciona que existen intensas emociones relacionadas con la conducta de apego. Así, cuando se forma o renueva un vínculo hay dicha, mantener la relación proporciona seguridad, al desaparecer o verse amenazada la figura de apego, la respuesta es de ansiedad intensa y fuerte protesta emocional. Por tanto, a mayor potencial de pérdida más intensas son estas reacciones, activándose conductas de apego más intensas como aferrarse, llorar o incluso enfadarse. Si este peligro no desaparece, sobreviene el rechazo, la apatía y el desespero (Buendía, 2001; Worden, 2004).

Según Payás (2010), la teoría de Bowlby y sus colaboradores aporta tres grandes ideas:

- La protesta emocional que el niño expresa ante la amenaza de desaparición de la figura adulta de referencia es una reacción natural cuya función es intentar restablecer la vinculación
- Las reacciones emocionales ante la ruptura del vínculo afectivo se organizan en forma de estadios o fases
- Los estilos de vinculación (segura, insegura-ansiosa, insegura-evitativa e insegura-desorganizada) desarrollados en los primeros años de la infancia son estables en la vida adulta y determinan la vulnerabilidad a posibles complicaciones en el duelo ante futuras pérdidas.

Capítulo 2. Pérdida y duelo

Las experiencias de pérdida son un aspecto inseparable del proceso de vida, ya que las sufrimos una y otra vez de diferentes formas y con diferentes intensidades. Sin embargo, siempre implican la separación de alguien o algo que nos resulta tan significativo que lo consideramos parte del propio yo (Buendía, 2001). Aunado a lo anterior, Pangrazzi (2008, en Corral, 2013) menciona que el crecimiento personal depende de la capacidad para manejar constructivamente las pérdidas de la vida. Las pequeñas pérdidas nos preparan para afrontar las grandes separaciones vividas a lo largo de nuestro vivir.

La pérdida implica la separación, temporal o permanente, carencia o desaparición de algo o alguien que nos resulta significativo, además de implicar una serie de manifestaciones emocionales (Corral, 2013; Santillán, 2008; Pérez, 2005; Vázquez, 2010). Buendía (2001) señala que suele ser identificada como una experiencia negativa, desagradable e indeseada, ya que evoca dolor, ansiedad y tristeza. Debido a esto, no resulta extraño que tratemos de defendernos y protegernos de ella mediante la evitación o la negación, debido a que afecta nuestro pensar, sentir y actuar. Sin embargo, Santillán remarca que el concepto de pérdida ha ido evolucionando y adquiriendo nuevos significados. Debido a esto, ahora es posible considerar una pérdida como un evento traumático y una posibilidad u oportunidad que permitirá dotar de significado a la vida.

Mitchell y Anderson (1983, en Bowman, 1997) proponen que las pérdidas pueden agruparse en las siguientes categorías:

- a) *Pérdida material.*- Se refiere a la pérdida de objetos y ambientes físicos
- b) *Pérdida de relaciones.*- Involucra el final o cambio de las oportunidades de relación con otro ser humano, como el abandono de los padres, ruptura de una relación amorosa, desaparición, muerte, etc.
- c) *Pérdida de salud.*- Se refiere a la pérdida del funcionamiento muscular o neurológico del cuerpo, de un miembro, etc.

Capítulo 2. Pérdida y duelo

- d) *Pérdida de roles o funciones.*- Se refiere a la pérdida del lugar acostumbrado dentro de la familia o la red social, cambios en los estilos de vida, del empleo o estatus social o pérdidas debidas al desarrollo
- e) *Pérdida sistemática.*- Es el resultado de cambios en el sistema político, social, etc.

Por su parte, Tizón (2004) destaca que hay cuatro tipos de pérdidas:

- a) *Pérdidas interpersonales.*- Se refieren a todas aquellas relacionadas con uno mismo y con el propio cuerpo.
- b) *Pérdidas materiales.*- Se refieren a todas aquellas relacionadas a objetos o posesiones de la persona.
- c) *Pérdidas evolutivas.*- Se refieren a los cambios que se dan durante el ciclo vital.
- d) *Pérdidas relacionales.*- Se refieren a las personas significativas para la persona. En estos se incluyen la muerte de personas cercanas, poner fin a una relación, privaciones afectivas y cambios de relaciones y vínculos que comportan pérdidas de amigos, de compañeros de escuela o de trabajo.

Tarditi y Artigas (2014) destacan la importancia del significado de la pérdida para la persona, no refiriéndose solamente al tipo de relación que tenía con lo perdido o su intensidad. A esto le suman la parte que la persona ha perdido de ella misma, aquello que le transmitía la persona fallecida y que, al menos en parte, lo definía. Esto se le conoce como el espejo roto (Payás, 2010).

En todas las relaciones afectivas existe reciprocidad. De esta manera, el afecto recibido en la relación le permite a una persona *A* sacar aspectos concretos de su ser que solo se pueden expresar en esa relación (por ejemplo, como un hijo hace sentir a la mujer como una buena madre, que lo cuida, le da afecto y lo protege). De tal forma que la persona *A* recibe el reflejo de la persona *B* que quiere y con la que se relaciona. Cuando se pierde la relación con la persona *B* (ya sea por muerte o por pérdida del vínculo), la imagen reflejada desaparece

Capítulo 2. Pérdida y duelo

como en un espejo roto, lo cual hace que la persona A deje de percibir esos aspectos que le eran reflejados (Payás, 2010).

Por otro lado, Santillán (2008) menciona que existen dos tipos básicos de pérdida: la pérdida definida y la pérdida ambigua, incompleta o incierta. El mejor ejemplo de pérdida definida es la muerte, ya que esta es una pérdida permanente e irreversible (dentro de los cuales Oviedo y Pozadas, en el 2006, incluyen suicidio, viudez o pérdida de la pareja, hijo, hermano o bebé o un aborto). La pérdida ambigua será abordada en el siguiente apartado.

Pérdida ambigua.

Este apartado se dedicará a hablar sobre la pérdida ambigua, aquella donde no existe claridad sobre aquello que se perdió y si será o no definitivo.

La literatura clínica no ha abordado la pérdida ambigua, la cual se encuentra presente en distintas expresiones culturales, como la literatura y el teatro. Por tanto, no es un fenómeno nuevo, pero sí su clasificación y descripción (Boss, 2001). Debido a esto, este apartado se encuentra basado en el libro de Pauline Boss *La pérdida ambigua*, en el cual habla sobre la pérdida ambigua, los tipos propuestos, así como algunos ejemplos y sentimientos presentados de forma diferente a otro tipo de pérdida.

Esta pérdida es la más devastadora ya que permanece sin ser aclarada o determinada, por lo cual resulta desconcertante ya que la persona queda desorientada y paralizada ante aquello que no sabe si será temporal o definitiva. Además, en nuestra cultura no hay algún ritual que permita dar cierre a este ciclo (como sucede, por ejemplo, con el ritual del funeral en el caso de la muerte). Como menciona Boss “lo ausente, si no tiene algún tipo de cierre, permanece presente” (pp. 51, 2001).

Debido a lo anterior, la autora plantea que, cuanto mayor es la ambigüedad que rodea una pérdida, más difícil será superarla y habrá mayor depresión, ansiedad y conflicto familiar. Por tanto, la terapia busca el reconocimiento de la

Capítulo 2. Pérdida y duelo

ambigüedad de la pérdida para que la persona entienda esta pérdida, la pueda afrontar y seguir adelante con su vida, aunque nunca sea aclarada.

En ambos tipos de pérdida, la persona se enfrenta a cosas distintas al duelo por pérdidas comunes. Por tanto, Boss plantea que puede resultar normal que en el caso de pérdida ambigua, las personas reaccionen con un duelo complicado ya que la incapacidad de resolver el duelo estas pérdidas se encuentra en el exterior, no por defectos internos de la personalidad. Además, es común que los sentimientos de las personas se encuentren en un vaivén, yendo de la esperanza a la desesperanza y de regreso, lo cual impide su resolución.

Existen dos tipos básicos de pérdida. El primero se refiere a la ausencia física pero presencia psicológica de la persona, ya que no se sabe si está viva o muerta. Un caso de esto puede ser las desapariciones, la inmigración, la guerra, el divorcio, el segundo matrimonio o la adopción. El segundo se refiere a la presencia física pero ausencia psicológica de la persona. Por ejemplo, los enfermos de Alzheimer, los drogadictos o enfermos mentales.

Debido a la pérdida ambigua, las personas se encuentran entre pensamientos y sentimientos conflictivos. Por un lado, aman al enfermo de Alzheimer, pero por el otro desean tener un cierre y fin a esa situación. Debido a esto, sienten culpa, lo cual les puede generar enojo hacia el enfermo.

Por otro lado, la pérdida ambigua también desdibuja los límites y roles de las personas. Boss menciona que suele escuchar como la madre se pregunta si sigue siendo madre cuando sus hijos dejan el hogar o si tienen marido o no cuando éste cae enfermo.

En el caso de enfermedades o situaciones cambiantes con posibles complicaciones, las personas pueden sufrir algunas complicaciones, como la negación. Ésta puede resultar tanto benéfica como perjudicial. Resulta benéfica cuando mantiene el optimismo de la familia ante un diagnóstico de fase terminal o se actúa como si no hubiera pasado nada. Por el otro lado, resulta perjudicial

Capítulo 2. Pérdida y duelo

cuando la familia actúa como si el enfermo hubiera fallecido y, por tanto, no existiera.

Sin embargo, estas posiciones extremas pueden no ser perjudiciales en un primer momento, ya que cumplen la función de proteger a la persona contra la angustia emergente ante la situación. La negación se vuelve problemática cuando impiden que haya una elaboración de la pérdida.

Por tanto, se ve como la pérdida ambigua tiene algunas particularidades, comparada con otras pérdidas, como lo es la falta de claridad con respecto a la persona pérdida o de lo que se perdió precisamente. En este sentido, los cuidadores primarios tienen una pérdida ambigua ya que, al caer un ser querido en una situación de cuidado, hay ambigüedad con respecto a los roles madre/hija, los sentimientos que la enfermedad y el cuidado traen como consecuencia, entre muchas otras situaciones.

Sin embargo, la pérdida ambigua resulta similar a los otros tipos de pérdidas en muchos sentidos. Por tanto, a continuación se describirá el duelo, sus diferentes tipos y las distintas formas de conceptualizarlo y elaborarlo.

Definición de duelo

El miedo a la muerte es un sentimiento universal, aunque vivenciado por cada persona de manera particular, con diferente connotación e intensidad. Además del dolor de dejar a sus seres queridos y aquello a lo que se está apegado, comúnmente surgen presentimientos de la cercanía de la muerte, lo cual trae consigo muchas reacciones como el temor al dolor físico y otros síntomas que pueden aparecer, temor a la consciencia de estarse muriendo o, por el contrario, no darse cuenta de dicha muerte, el temor al *más allá* y la expectativa de otra vida, entre otros (Ospina, 1998).

Relacionado con lo anterior, la muerte le da al duelo un carácter particular debido a su irreversibilidad, universalidad e implacabilidad. Duelo (del latín *dolium*, dolor, aflicción) es la reacción natural ante la pérdida de una persona objeto o evento significativo, así como la reacción emocional y comportamental en forma

Capítulo 2. Pérdida y duelo

de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe (Meza *et al.*, 2008). Vázquez, en el 2010, define al duelo como todos aquellos sentimientos, reacciones y cambios ocurridos durante el proceso de cicatrización de una herida por las pérdidas vividas. Worden (2004) menciona que “el duelo puede definirse como la experiencia de una persona tras una pérdida o como el proceso de adaptación a esa pérdida” (pp. 43,). Por su parte, Barreto y Soler (2007) mencionan que el duelo es el dolor emocional que una persona experimenta después de haber perdido algo o alguien significativo en la vida. Ellos destacan que éste es un proceso “normal”, limitado en el tiempo y con una evolución previsiblemente favorable, inclusive teniendo la posibilidad de que la persona quede fortalecida de la experiencia.

Centeno (2013) lo define de la siguiente manera:

“El duelo es la reacción ante una pérdida que puede ser la muerte de un ser querido, pero también la pérdida de algo físico o simbólico (la pérdida de un ser querido, los fracasos escolares, las situaciones de abandono: divorcio, separación, rechazo de los padres; los problemas familiares, los cambios de domicilio, los problemas económicos, la pérdida de empleo, el diagnóstico de una enfermedad grave o invalidante), cuya elaboración no depende del paso del tiempo sino del trabajo que se realice... es, por tanto, el proceso funcional que experimenta una persona que ha sufrido una pérdida significativa y que le permite elaborar los sentimientos generados por la misma. No se trata de un trastorno ni una enfermedad, sino que cumple una función adaptativa a una situación de la vida. Por lo tanto, se debe considerar como una reacción natural, normal y esperada ante cualquier pérdida” (pp. 23).

Tarditi y Artigas (2014) lo definen como la reacción natural y comúnmente disruptiva producida ante la noticia de la muerte de un ser querido y que

Capítulo 2. Pérdida y duelo

desencadena un proceso activo, dinámico, multifacético y multidimensional que tiene por objetivo la recuperación del equilibrio perdido, reconstruyendo el pequeño mundo del doliente.

Corral (2013) define al duelo como un proceso activo de adaptación ante la pérdida del ser amado, objeto o evento, para lo cual habrán de hacerse cambios físicos, emocionales, familiares, sociales y espirituales. Además, permite hacer ajustes adaptativos para superar la ansiedad, inseguridad y temor.

Con base en distintos autores como Freud, Bowlby, Aguirre y Baztán, Franco y Antequera, Neimeyer, Bourgeois, y Barreto, Montes menciona en el 2011 que el duelo ocurre no solo ante la muerte de un ser querido, sino ante cualquier pérdida, e implica un proceso y el reconocimiento del papel que juegan las representaciones o significados, las respuestas experimentadas, el proceso propio de cada individuo, así como las cualidades positivas que pueden obtenerse y la capacidad de adaptación y afrontamiento.

Por su parte, Durán (2010) define al duelo como la experiencia de dolor, lástima, aflicción o resentimiento manifestada de diversas maneras, debido a la pérdida de algo o alguien con un valor significativo. Por tanto, el duelo es un proceso normal, una experiencia humana por la que han de pasar todas las personas que sufren la pérdida de un ser u objeto querido.

Mishara y Riedel (1987) señalan que “una pérdida inaugura un duelo” (pp. 216). Además, cualquier cambio negativo introducido en la vida de la persona, relativo o absoluto, provoca un duelo. Sin embargo, esto no solo implica la pérdida de un ser querido, sino que también puede ser la pérdida de alguna función corporal en la vejez y, yendo más allá de estas autoras, un rol en alguna estructura social, como la familia o el trabajo. Siguiendo la misma línea, Centeno (2013), después de una amplia revisión literaria, concluye que el duelo puede ser experimentado ante cualquier pérdida, y no necesariamente implica la muerte de un ser querido, pero que éste comienza cuando la persona toma consciencia de la pérdida experimentada. Al igual que estos autores, Meza *et al.* (2008) señalan que

Capítulo 2. Pérdida y duelo

el duelo también se produce como reacción ante la pérdida de una persona amada o de alguna abstracción, como la patria, la libertad, un ideal, entre otros. Por su parte, Pérez-Godoy y Moreno-Guerín (2007) encontraron que los cuidadores primarios de pacientes con Alzheimer, tanto familiares como profesionales, no solo sufren la muerte real, sino también sufren la muerte psíquica de dichas personas.

A pesar de esto, la pérdida de una persona es distinta a la pérdida de una función. En este sentido, la pérdida de una función, por ejemplo, la capacidad de andar sería equivalente a perder a un ser querido y conservar el cuerpo de éste como un permanente recordatorio (como se mencionó con respecto a la pérdida ambigua). Sin embargo, en el caso del caminar, la pérdida es gradual y no abrupta, como es el fallecimiento de un ser querido (Mishara y Riedel, 1987). Por su parte, Meza *et al.* (2008), destacan que los duelos más dolorosos suelen estar relacionados con la muerte de personas significativas (familiares, amigos, personas).

Mishara y Riedel (1987) mencionan que, a pesar de que el viudo o viuda no ha perdido físicamente una parte, ha vivido una mutilación, debido a que siente menor completud que antes, ya que muchas de las actividades que se hacían, eran para y con el otro, las cuales han perdido su razón de ser. También, hay una pérdida de uno mismo ya que se ha esfumado todo lo desarrollado, a lo largo de varios años, con esa otra persona.

Hay diferencias muy marcadas entre las reacciones de los adultos y las de los ancianos ante la proximidad de la muerte. El anciano, debido al desgaste orgánico natural, tiene una expectativa diferente con respecto al adulto, especialmente si logro cumplir con sus metas de forma satisfactoria. Además, a diferencia de los adultos, los ancianos ya han criado a una familia y sus hijos suelen ser adultos que tienen sus propias familias. Por otro lado, el adulto tiene una vida laboral agitada, mientras que en la tercera edad, la jubilación y otros factores que llevan consigo la pérdida de roles, limitan las interacciones sociales y llevan a condiciones de aislamiento, soledad, carencia de propósitos, aburrimiento y sentimientos de inutilidad (Ospina, 1998).

Capítulo 2. Pérdida y duelo

Tarditi y Artigas (2014) mencionan algunos mitos con respecto al duelo, en formas de frases y consejos de personas bien intencionadas, como *no llores que no lo dejas descansar, el tiempo cura, échale ganas, emociones buenas y emociones malas, ya no hables de eso y hay un tiempo límite para el duelo*. Estas frases las suelen encontrar frecuentemente en talleres de duelo.

Tipos de duelo

Se piensa que el duelo ante la muerte de un ser querido es una reacción normal, a pesar de que sus manifestaciones puedan llegar a ser anómalas. Éste se convierte en patológico cuando esas anomalías se extienden en el tiempo o derivan en problemas psiquiátricos (Meza *et al.*, 2008).

Desde luego, la intensidad y tipo de reacciones se encuentran determinadas por muchas variables, como pueden ser elementos culturales que son valores, normas, tradiciones, costumbres, creencias, sentimientos, actitudes y experiencias vividas (Ospina, 1998).

Siguiendo a Centeno (2013), se puede destacar que el duelo:

- Es inevitable
- Conlleva sufrimiento
- Es un proceso singular
- Es portador de crecimiento
- Tiene como finalidad lograr la aceptación

Duelo normal.

El duelo normal es aquella reacción ante la pérdida de un ser querido que puede ir acompañado de algún tipo de malestar somático o corporal, preocupación por la imagen del fallecido, culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de su deceso, reacciones hostiles, incapacidad para funcionar como antes de la pérdida y posible desarrollo de rasgos del fallecido en su propia conducta. Dentro de los comportamientos normales en este tipo de duelo se consideran sentimientos (de tristeza, enfado, culpa y autorreproche, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, emancipación, alivio e insensibilidad), sensaciones

Capítulo 2. Pérdida y duelo

físicas (vacío en el estómago, opresión en pecho y garganta, falta de aire, debilidad muscular y falta de energía, sequedad en la boca), cogniciones (incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia del fallecido y alucinaciones) y conductas (trastornos del sueño, trastornos alimentarios, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recordatorios del fallecido, buscarlo y llamarlo en voz alta, suspirar, hiperactividad desasosegada, llorar y visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerdan al fallecido) (Centeno, 2013; Worden, 2004).

Si bien muchas de las manifestaciones del duelo normal pueden ser vistas como síntomas depresivos, un duelo no es equivalente a una depresión. Esto se debe a que, a diferencia de la depresión, en el duelo no hay pérdida de la autoestima (Worden, 2004).

Por su parte, Barreto y Soler (2007) mencionan que, ante un duelo, existen manifestaciones esperadas en las áreas cognitiva, física y emocional. En el área cognitiva hay una sensación de irrealidad, preocupación y rumiaciones, sensación de presencia del fallecido, abandono y soledad, añoranza, insensibilidad, incredulidad, desinterés, obsesión por recuperación de la pérdida, ideas de culpa y autorreproche, confusión, búsqueda de sentido y/o cuestionamiento religioso. En el área física, hay una sensación de vacío en el estómago, boca seca, hipersensibilidad a ruidos, alteraciones del sueño, dolores de cabeza, astenia y debilidad, opresión en pecho y garganta, trastornos del apetito y palpitaciones. Por último, en el área motora hay hiperactividad o hipoactividad, llamar o hablar con el fallecido, usar la ropa del fallecido y frecuentar lugares que le gustaban, conductas impulsivas y dañinas y llevar o atesorar objetos pertenecientes al fallecido.

Por lo tanto, se puede mencionar que, durante un duelo, la persona puede manifestar síntomas muy diversos relacionados con distintas patologías (tanto médicas como psicológicas) pero que, éstas no necesariamente implican que la persona esté viviendo un proceso patológico, sino que son reacciones esperadas y encontradas en la mayoría de los duelos normales.

Duelo complicado.

Este tipo de duelo suele ser llamado complicado, patológico, no resuelto, crónico, retrasado o exagerado. Éste es la intensificación del duelo a tal grado que la persona se siente desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece estancada en este estado sin un avance hacia la resolución. Se considera que hay riesgo de este tipo de duelo cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo, cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa de la persona y cuando la persona se ve invalidada en su vida diaria, sin otra ocupación más que el lamento de la persona perdida (Meza *et al.*, 2008).

Mishara y Riedel (1987) mencionan que puede haber reacciones emocionales más intensas durante el duelo cuando no ha habido prácticas rituales que faciliten la expresión del dolor y aprobadas por la sociedad. Esta puede ser una causa para un duelo complicado.

Por otro lado, Worden (2004) divide al duelo complicado en cuatro subcategorías, las cuales son:

- a) *Duelo crónico.*- Es cuando hay una duración excesiva en el proceso y no parece llegar a una conclusión satisfactoria y que, como mencionan Meza *et al.* (2008), pueden llegar a tomar el resto de la vida. Buendía (2001) también menciona que en él predominan la ansiedad, el desconsuelo, la desesperación, los autorreproches y accesos intensos de llanto y/o cólera. Además, puede aparecer el fenómeno de momificación, que se refiere a la preservación de las cosas tal como el muerto las dejó, como una manera de asegurarse de que volverá.
- b) *Duelo retrasado.*- Es cuando la persona puede haber tenido una reacción emocional insuficiente al momento de la pérdida. Posteriormente, la persona puede tener una pérdida y, con esto, reactivar el duelo previo y reaccionar de forma intensa. A pesar de esto, la persona no se encuentra consciente de la respuesta intensa ante esta segunda pérdida. Buendía (2001) señala que es posible que la crisis aparezca ante una pérdida aparentemente menor a la no

Capítulo 2. Pérdida y duelo

elaborada o debido a una fecha o suceso importante relacionado con el fallecido.

c) *Duelo exagerado*.- En este tipo de duelo, existen respuestas exageradas y la persona se siente desbordada y se comporta de forma desadaptativa. A diferencia del anterior, la persona se encuentra consciente de lo exagerado de sus reacciones.

d) *Duelo enmascarado*.- En él, aparentemente no hay sentimientos de aflicción y dolor, por lo que la persona trata de que la vida continúe como se encontraba previo a la pérdida. Debido a esto, se puede afirmar una negación en las esferas cognitiva y emocional. Sin embargo, estas personas suelen somatizar y presentar dolores de cabeza, úlcera, taquicardias, insomnio, pesadillas y estallidos de tristeza (Buendía, 2001).

Duelo anticipado.

Como su nombre lo indica, es cuando el duelo comienza previo a la pérdida, lo que puede ser al momento del pronóstico de incurabilidad. Esto hace que, mediante la movilización de mecanismos emocionales e intelectuales, la persona sienta tristeza, pero haya una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación creada, lo cual le lleva al reconocimiento de otras pérdidas en el pasado, presente y futuro. De esta manera, las personas tienen la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para la inminente despedida (Centeno, 2013; Meza *et al.*, 2008; Ospina, 1998). Este duelo concluye con la pérdida esperada (Centeno, 2013).

Dentro los diferentes factores influyentes en este tipo de duelo se encuentran la identidad, la personalidad, la forma de muerte, relaciones familiares preexistentes, recursos económicos, red social de apoyo y otros recursos externos (Meza *et al.*, 2008).

Preduelo.

Es un duelo completo que consiste en la creencia de que la persona querida ha muerto de forma definitiva en estado de salud y que aquella que se encuentra a su

Capítulo 2. Pérdida y duelo

lado ha sido transformada por la enfermedad a tal punto que puede llegar a ser irreconocible (Meza *et al.*, 2008).

Modelos

A continuación se abordarán distintos abordajes teóricos con respecto al duelo. A pesar de que cada uno tiene sus particularidades, Centeno (2013) destaca que las distintas propuestas tienen varios puntos en común:

- En un primer momento ocurre un aturdimiento, embotamiento, incredulidad, negación, shock, etc.
- Hay una serie de estadios intermedios que incluyen desorganización, desesperanza, depresión, hostilidad, entre otras manifestaciones.
- Hay una etapa final en la cual hay una reorganización y aceptación de la pérdida.
- Las etapas no son universales, en el sentido de que no todas las personas han de pasar por todas ellas ni deberán seguir una secuencia predeterminada.

Modelos explicativos.

Barreto y Soler (2007) menciona que los modelos explicativos del duelo son los siguientes:

- *Teoría psicodinámica.* Se plantea el duelo como una retirada de libido invertida en el objeto perdido para su posterior reinversión en otro objeto de una forma saludable. Es visto como un proceso normal y esperado que tiende a progresar favorablemente en circunstancias normales, prediciendo así de una intervención terapéutica. De lo contrario, suelen haber sentimientos negativos respecto al fallecido o la pérdida que son manifestados mediante autorreproches o culpabilidad.
- *Teoría del apego.* Plantea que muchas especies desarrollan vínculos de forma instintiva. Éstos son dados por la necesidad de protección o seguridad y buscan la supervivencia de la especie, ya que mantienen

Capítulo 2. Pérdida y duelo

a los cuidadores en contacto con los infantes, reduciendo así el riesgo de daño. El objetivo de la conducta de apego es mantener el vínculo afectivo y cuando este se ve amenazado o roto, se suscitan reacciones emocionales intensas. Por lo tanto, el duelo es resultado de la ruptura del vínculo.

- *Teoría de los constructos.* Plantea que la muerte del ser querido resulta en una ruptura de los constructos personales acerca del mundo, del fallecido y su relación con él exigiendo el desarrollo de un nuevo esquema acorde a las circunstancias vitales actuales. Ante esto, existen dos modos diferentes de actuar: la asimilación y la adaptación. El primero de ellos se refiere al mantenimiento del sistema de constructos y una negación de acontecimientos incongruentes con este. El segundo se refiere al cambio del sistema de constructos personales ajustándolo a la realidad presente.
- *Teoría cognitiva.* Ésta considera que la realidad de las personas es construida y que, debido a que los pensamientos son responsables de la emoción y conducta humana, los problemas surgen debido a la interpretación equivocada de la realidad. Por tanto, el duelo se produce con una reconstrucción del significado de la pérdida o de las asunciones previamente mantenidas.
- *Teoría del estrés.* Se considera el duelo como un estresor y se destaca la importancia que tienen los recursos personales para enfrentar el mismo. Además, se pone especial énfasis en las consecuencias físicas derivadas del debilitamiento del sistema inmune.
- *Modelo médico.* Concibe el proceso del duelo como una enfermedad o posible disfunción psiquiátrica, siendo una desviación del estado de salud y bienestar al considerar la pérdida como algo tan traumático como ser quemado o herido. En esta misma línea, se concibe el proceso de duelo como un proceso de curación física, donde se puede restaurar el funcionamiento previo completamente o casi por completo.

Modelos descriptivos.

A continuación, se describirán los modelos de duelos que describen al duelo como un proceso en el cual se cumplen ciertas fases o tareas.

Fases del duelo.

El duelo es un proceso desarrollado a lo largo del tiempo y, aunque es una experiencia muy individual que cada persona experimenta de forma distinta, presenta algunos rasgos comunes. La observación de estos rasgos similares en distintos momentos posterior al fallecimiento permite, según esta perspectiva, la identificación de fases o etapas (Payás, 2010).

Barreto y Soler (2007) mencionan que el hablar de fases del duelo resulta sumamente útil a nivel descriptivo, sin embargo, poco práctico en la realidad debido a la gran variabilidad de las respuestas encontradas al momento de elaborar un duelo. Es precisamente ésta una de las críticas principales a estas perspectivas. Otra de ellas es la ausencia de explicación acerca de los mecanismos mediante los cuales la pérdida influye en la salud física y mental.

Lindemann (en Tizón, 2004) planteó que el duelo es una reacción normal ante un evento estresante, en el cual se presentan tres etapas:

- Conmoción e incredulidad.
- Duelo agudo.
- Resolución del proceso de duelo.

Relacionado con lo mencionado por Lindemann, Meza *et al.* (2008) plantean que el duelo pasa siempre por las mismas tres grandes fases:

- *El inicio o primera etapa.* Se caracteriza por un estado de choque más o menos intenso, con alteración en el afecto, sensibilidad anestesiada, intelecto paralizado e irregularidades fisiológicas como ritmo cardíaco distinto, náuseas o temblor. La primera reacción es de rechazo, incredulidad que incluso puede ser negación, la cual se manifiesta por un comportamiento tranquilo e insensible, o por el contrario, exaltado. Este mecanismo de defensa activa un bloque de sus facultades de

Capítulo 2. Pérdida y duelo

información. Esta fase de corta duración se suele dar desde el anuncio de la muerte hasta el término del ritual fúnebre.

- *Etapa central.* El autor lo describe como el núcleo del duelo, donde hay un estado depresivo y de larga duración (que pueden ser varios meses hasta años). En un principio, la persona perdida ocupa siempre la mente del doliente. Con el pasar del tiempo, se alternan momentos de doloroso recuerdo y paulatina reorganización de la vida del doliente. Se recuerda con frecuencia a la persona perdida, con deseos de pequeños detalles de la vida cotidiana. Debido a esto, el doliente se repliega sobre sí mismo, percibiendo al mundo vacío y nada atractivo. Debido a esto, el doliente tiene un gran sentimiento de soledad, tanto en lo social como en lo emocional.
- *Etapa final.* Es cuando el doliente se comienza a restablecer, mirando hacia el futuro, interesándose por nuevos objetos y es capaz de sentir nuevos deseos y expresarlos. Además, pueden haber nuevos objetos y relaciones sociales, así como un reencuentro con aquellas descuidadas. Se logra una separación de los objetos personales de la persona perdida, solo conservando aquellos significativos. La persona experimenta un alivio y, debido a la finalización del duelo, la capacidad de amar nuevamente.

Kübler-Ross (1969, citado en Centeno, 2013) quien realizó diversas investigaciones con enfermos terminales, identificó cinco etapas en el proceso de duelo:

- *Negación.*- Surge cuando, al comunicársele al paciente el grave pronóstico de su enfermedad, éste lo niega y se rehúsa a creerlo. Esto lo puede hacer mediante la búsqueda de una segunda opinión o la creencia de un error. Su función es servir de amortiguador ante el efecto de la noticia
- *Cólera.*- Una vez confirmado el pronóstico, el paciente comienza a cuestionarse el por qué. Aparece la envidia hacia personas sanas y el

Capítulo 2. Pérdida y duelo

deseo de tener salud. Toda vivencia produce dolor y hay un marcado rencor hacia los demás

- *Negociación.*- Dicha negociación se da con el tiempo o con la persona que se cree puede salvar al paciente (por ejemplo, uno mismo, la familia, el médico, Dios, etc.). Dicha conducta es regresiva y puede derivar nuevamente a la negación.
- *Depresión.*- Como resultado de la pérdida como algo definitivo, la persona siente una gran tristeza, desorganización y desesperanza. Es la fase que más dura y resulta conveniente que la persona exprese su dolor (Ista, 2010).
- *Aceptación.*- Esta etapa requiere de tiempo para haber superado las fases anteriores. Ahora la persona ha elaborado su muerte, entiende que es un evento próximo a llegar y que no la podrá evitar. Con esta etapa se inician las despedidas, el perdón y la resolución de conflictos anteriores.

Por su parte, Engel (citado en Barreto & Soler, 2007) plantea que éste es un proceso curativo con seis fases, las cuales se pueden ver interrumpidas por una intervención errónea, malas condiciones o carencia de recursos personales. Estas fases son:

- Conmoción e incredulidad.
- Desarrollo de la conciencia.
- Restitución.
- Resolución de la pérdida.
- Idealización.
- Resolución.

Barreto y Soler (2007) mencionan que Parkes describe este proceso mediante las siguientes cuatro fases:

- Desconcierto y embotamiento
- Anhelo y búsqueda de la pérdida.
- Desorganización y desesperación.

Capítulo 2. Pérdida y duelo

- Reorganización y recuperación.

Por su parte, Mishara y Riedel (1987) también retoman a Parkes, destacando los siete rasgos característicos ante una pérdida:

- La toma de conciencia
- La angustia desencadenada por una reacción de alarma, la agitación y manifestaciones fisiológicas del miedo
- Búsqueda del fallecido
- Cólera, en ocasiones acompañada de violencia o culpabilidad hacia aquellos que buscan promover la aceptación prematura de la pérdida
- Identificación con el objeto (asimilación de rasgos, síntomas característicos, sentimiento de presencia del fallecido)
- Reacciones patológicas de dolor: exageración, inhibición o manifestaciones indirectas.

Tareas de duelo.

A diferencia de la perspectiva del duelo como una serie de fases, Worden (2004) propone que el duelo es enfrentado mediante tareas, ya que considera que las fases se refieren a una vivencia pasiva, mientras que las tareas son vividas de forma activa. De esta forma, plantea que el duelo crea una serie de tareas a cumplir para que éste pueda ser elaborado. Si bien es importante completarlas para hablar de un duelo completo, hay quienes no realizan todas las tareas, quedando el duelo incompleto, como lo puede ser una herida con una curación incompleta.

Freud, en 1917 (citado en Barreto y Soler, 2007), acuñó la frase “tareas del duelo”, la cual fue rápidamente adoptada por muchos teóricos. Esta perspectiva defiende que la recuperación después de una pérdida requiere un periodo para trabajar los pensamientos, recuerdos y emociones asociados con esta pérdida.

Lindemann (citado en Barreto y Soler, 2007), desde una perspectiva psicoanalítica, propone que un duelo bien desarrollado conlleva las siguientes tareas:

Capítulo 2. Pérdida y duelo

- Emancipación del lazo con el fallecido.
- Reajuste al ambiente en el que falta el ser querido.
- Formación de nuevos vínculos.

Parkes y Weiss (citado en Barreto & Soler, 2007), desde la teoría de los constructos, considera que el superviviente debe realizar tres tareas para la recuperación del duelo:

- Reconocimiento intelectual y explicación de la pérdida.
- Aceptación emocional de la pérdida.
- Asunción de una nueva identidad.

Worden (2004), desde una perspectiva psicoanalítica, enumera cuatro tareas a realizar que, si bien no se dan en orden cronológico, se puede hablar de un duelo concluido una vez que se han vivido y resuelto todas las tareas.

- Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida.* Es afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, se ha marchado y no volverá, lo cual hace imposible un reencuentro. Lo opuesto a esta aceptación es no creer mediante algún tipo de negación, en diversas formas y varios niveles. Generalmente es mediante la negación de la realidad, el significado o la irreversibilidad de la pérdida.
- Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.* Debido a que hay una estigmatización del abandono al dolor, puede haber una negación del dolor mediante el no sentir, al bloquear sus sentimientos y negando todo dolor.
- Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.* Esta adaptación se puede dar en tres áreas: (1) adaptaciones externas, es decir, la influencia de la muerte en la vida cotidiana, (2) adaptaciones internas, es decir, como influye la muerte en la autopercepción y (3) adaptaciones espirituales, es decir, como influye la muerte en las creencias valores y supuestos que la persona tiene del mundo.

Capítulo 2. Pérdida y duelo

d) *Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.* Se habla de un duelo completo cuando la persona logra esta cuarta tarea, puesta de manifiesto cuando ésta no necesita la reactivación del recuerdo del fallecido con una intensidad exagerada. Sin embargo, la negación o entorpecimiento de esta tarea puede resultar en un entorpecimiento del apego hacia otras personas.

Por otro lado, Worden (2004) mencionan una serie de mediadores del duelo, los cuales hacen referencia a distintos factores de la persona y del fallecido. Estos son: (1) cómo era el fallecido, (2) la naturaleza del apego, (3) cómo falleció la persona, (4) antecedentes históricos, (5) variables de la personalidad, (6) variables sociales y (7) tensiones actuales.

Por su parte, Tarditi y Artigas (2014) destacan una serie de factores o mediadores que se encuentran relacionados con la manera de afrontar un duelo:

- Filosofía de vida
- Edad
- Autoestima
- Locus de control
- Red social
- Estilo de apego o vinculación
- Tipo de relación que se tenía con el fallecido
- ¿Qué se pierde junto con el ser querido?
- Salud física
- Muerte anunciada o sorpresiva
- Causa de la muerte
- Historia de pérdidas
- Capacidad de resiliencia

Capítulo 2. Pérdida y duelo

Worden, (2004) señala que un duelo ha terminado cuando las cuatro tareas han sido completadas, lo cual se manifiesta al pensar al fallecido sin dolor y se pueden invertir las emociones en los vivos.

Para resumir algunos de los modelos presentados, Del Pino, García y Bevíá (2008) presentan el siguiente cuadro:

Etapas del duelo normal					
Lindemann (1944)	Kübler-Ross (1969)	Bowlby (1969)	Parkes (1972)	Worden (1991)	Neimeyer (2002)
Conmoción / Incredulidad	Negación	Aturdimiento / Protesta	Alarma	Aceptar la realidad de la pérdida	Evitación
			Aturdimiento		
Dolor Agudo	Rabia	Anhelo / Búsqueda de la	Languidez / Búsqueda	Trabajar las emociones y el dolor	Asimilación
	Resignación		Depresión		
	Depresión	Desorganización / Desesperación		Adaptarse al medio sin la pérdida	
Resolución	Aceptación	Reorganización / Separación	Recuperación / Reorganización	Situar de nuevo al fallecido y seguir	Acomodación

En el siguiente capítulo, se tocarán algunos temas relacionados con el grupo, sus definiciones, características y modalidades. La importancia de hablar sobre el grupo es debida a que, en el presente trabajo, se presentará una propuesta de intervención grupal.

Capítulo 3. Grupos

El presente capítulo tiene por objetivo conocer algunos aspectos relevantes del grupo, como son las diferentes definiciones y características. Además, se mencionarán aspectos sobre los grupos terapéuticos y los distintos enfoques desde los cuales se aborda. Por último, se hablará sobre el grupo reflexivo, el cual toma importancia en el presente trabajo debido a que fue la modalidad utilizada en la intervención.

Definición de grupo

La temática grupal ha sido retomada desde diferentes disciplinas, por lo cual el grupo ha tenido un tratamiento diferenciado dentro de cada una de estas áreas, algunas privilegiando componentes sociales y otras privilegiando componentes individuales (Saénz, 2014).

El término grupo parece venir del italiano gruppo o grupo, que se refiere a varios seres que forman un conjunto, ya sea material o mentalmente considerado (Germán, 2015; Reyes, 2014).

Según González Núñez (1992), el grupo es una reunión de dos o más personas que se reúnen, interactúan, perciben e interfluyen entre sí, con diferentes metas. Cada miembro posee sus particulares motivaciones y metas, las cuales han de satisfacerse en el grupo o por el grupo.

Germán (2015) define al grupo como un conjunto de sujetos que interactúa, establecen vínculos interpersonales, con características, metas u objetivos en común, donde los sujetos manifiestan su personalidad y pueden influir en la personalidad de sus compañeros, donde las personas se comprometen con sus compañeros para llevar a cabo los objetivos que tienen en común y donde cada integrante del grupo reconoce a su semejante como otro individual, único e irreplicable, estableciendo con todo ello un vínculo significativo.

Capítulo 3. Grupos

Wiese (1955, en Sbandi, 1980) define al grupo como una figura social con menor o mayor unidad, duración y con solidaridad relativa entre las personas que lo componen. Además, menciona como características del grupo como:

- ❖ Duración y continuidad relativas.
- ❖ Organización basada en la distribución de las funciones entre los miembros.
- ❖ La idea que del grupo tienen sus miembros.
- ❖ Formación de costumbres y tradiciones después de cierto tiempo.
- ❖ Relaciones mutuas con otras figuras sociales.
- ❖ Criterio común de orientación.

Para Vaimberg (2012), el grupo es “un espacio de relación y un transportador y transformador de representaciones eficaz en el proceso de construcción del sujeto. En este proceso va atravesando y posibilitando situaciones dilemáticas, entre un grupo interno y un grupo externo, que en su juego dialectico perfila un sujeto con posibilidades de encuentro y diferenciación con el otro, de remodelación de su repertorio de mecanismos defensivos y de una nueva experiencia de subjetivación psicológica y social” (pp. 21).

Sbandi (1980) menciona que, en las distintas definiciones revisadas, se destaca que las características del grupo incluyen la pluralidad de personas, relativa delimitación temporal y espacial de las experiencias comunes, comunicación inmediata o mediata de los miembros entre sí, la experiencia común, la interdependencia, la distribución de funciones y la consecución de una meta. Con base en lo anterior, define al grupo como:

“Una figura social en la que varios individuos se reúnen y, en virtud de las interacciones que se desarrollan entre ellos, obtienen una creciente aclaración de las relaciones de cada uno con todos los demás y con las otras figuras sociales” (pp. 97).

Tomando en cuenta lo anterior, y retomando lo mencionado por Germán (2015), es importante resaltar que un grupo no es una simple reunión de sujetos,

Capítulo 3. Grupos

sino que éste implica la interacción más o menos frecuente entre ellos, dando a conocer aspectos relevantes de nuestra persona (intereses, ideas, conocimientos y sentimientos), donde existe un compromiso recíproco para la consecución de metas establecidas de común acuerdo. Además, la interacción se da frente a frente y se forman opiniones distintas unos de otros.

Características y propiedades de los grupos

De acuerdo a González Núñez (1992), las características definidoras de un grupo son:

- ❖ *Interacción.*- Implica un espacio y tiempo donde los miembros del grupo se relacionan
- ❖ *Percepciones y conocimientos de los miembros y del grupo.*- Cada uno es una parte del todo, los miembros perciben la existencia del grupo al cual pertenecen y que toda conducta de ellos ejerce una influencia en él. De igual manera, el ambiente percibe a esta unidad grupal como tal.
- ❖ *Motivación y necesidad de satisfacción.*- Los miembros suelen buscar un grupo debido a la creencia de que habrá una satisfacción de alguna necesidad de afiliación, pertenencia, éxito, estatus, poder, etc.
- ❖ *Metas del grupo.*- Se encuentran relacionadas con la motivación ya que los miembros del grupo las consideran significativas.
- ❖ *Organización del grupo.*- Implica propiedades estructurales que regulan el funcionamiento grupal, como son los roles, normas y estatutos, que pueden ser escritos o no, pactados de manera verbal o no verbal.
- ❖ *Interdependencia de los miembros del grupo.*- Los integrantes reconocen, a nivel consciente o inconsciente, que poseen necesidades y que su satisfacción depende de los demás miembros del grupo.

Además, destaca las siguientes propiedades de los grupos:

Capítulo 3. Grupos

- ❖ *Los antecedentes individuales de los miembros del grupo.*- Debido a que el grupo está formado por personas con distintos antecedentes, se pueden formar distintas combinaciones que dan lugar a características particulares del grupo.
- ❖ *Atmósfera.*- Se refiere al estado de ánimo, tono afectivo o sentimiento presente en los integrantes del grupo, el cual, a su vez, conforma la atmosfera grupal. En el influyen factores internos (comunicación, estructura, cohesión, entre otros), factores externos (imagen del grupo) y físicos (tamaño del lugar).
- ❖ *Esquema o patrón de participación.*- Se determina por la dirección de las relaciones existentes dentro del grupo o por el grado de participación de los miembros en los asuntos grupales. Puede ser unidireccional (del coordinador hacia los demás integrantes), bidireccional (del coordinador hacia los demás integrantes y viceversa) o multidireccional (comunicación entre los integrantes del grupo, y además con el coordinador).
- ❖ *Capacidad de autodirección.*- Disposición del grupo para regularse a sí mismo y dirigirse hacia la meta.
- ❖ *Interacción grupal.* Debido a que la interacción es una propiedad esencial, el coordinador utilizará sus habilidades para que determinados miembros del grupo interactúen, con base en los objetivos perseguidos.
- ❖ *Inducción mutua.*- En este rubro se enfatizan los factores de índole emocional. Los miembros se inducen, consciente o inconscientemente, de forma verbal o no verbal. Este proceso, al verse intensificado con la empatía, afecta de manera directa a la ansiedad y la hostilidad.
- ❖ *Asimilación.*- En este proceso, el grupo controlará y se apropiará de las características personales del individuo, constituyéndose así en un grupo sumamente cohesivo.

Capítulo 3. Grupos

- ❖ *Polaridad.*- Es una manifestación dinámica del grupo y muestra la tendencia del grupo hacia una persona, idea, problema o meta.
- ❖ *Identificación.*- Éstas se dan en todos los grupos y pueden ser positivas o negativas, dependiendo de las características emocionales de sus miembros. El coordinador queda expuesto a identificarse con los demás miembros y ser objeto de identificaciones. Ésta es inconsciente, pero al hacerla consciente y manejarla adecuadamente, resulta útil para el coordinador como persona y para el proceso grupal.
- ❖ *Cohesión.*- Se refiere a la cantidad de presión ejercida sobre los miembros para que éstos permanezcan en él. Ésta se manifiesta en la atmósfera del grupo, la cooperatividad y, en general, en las relaciones y maneras de interactuar de sus miembros.
- ❖ *Meta común.*
- ❖ La psicoterapia de grupo utiliza al grupo como medio para conseguir logros terapéuticos. Debido a esto, no trata al grupo para su propio bien, sino que lo trata para el bien de sus miembros individuales.

El grupo terapéutico

El grupo terapéutico es la reunión, más o menos permanente y voluntaria de tres o más personas denominadas pacientes. En dicha reunión, los individuos interactúan y se interrelacionan con fines psicoterapéuticos; de esta forma, los individuos se reconocen como miembros que se encuentran dentro de un contexto determinado por el propio terapeuta y aceptan comportarse con base en una serie de valores y normas, explicitados dentro del sistema terapéutico, a lo que se denomina contrato terapéutico (González Núñez, 1992; Huerta, 2015).

Por su parte, Germán (2015) define la psicoterapia de grupo de la siguiente manera:

“La psicoterapia de grupo es una forma de tratamiento en la que el terapeuta selecciona un conjunto de personas con disfunciones mentales emocionales o de comportamiento, para que se ayuden unos a otros, para lograr un cambio en su personalidad” (pp. 59).

Capítulo 3. Grupos

El grupo terapéutico se distingue de otros grupos sociales tanto por sus objetivos como por su encuadre, refiriéndose a las normas que regulan la actividad de sus miembros (Huerta, 2015). En éste se toman en cuenta las cualidades intrapsíquicas o subjetivas de sus miembros, además de las interpersonales y culturales de origen de los miembros.

Vinogradov y Yalom mencionan que “la psicoterapia es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes” (pp. 15, 1996), resaltando que se utilizan las interacciones paciente-terapeuta y paciente-paciente para llegar a cambios en la conducta inadaptada de los miembros del grupo. Esto significa que utiliza al grupo como instrumento de cambio.

González Núñez (1999) señala que los integrantes del grupo terapéutico pueden aportar distintos elementos que pueden favorecer la consolidación o disolución de este grupo. Con respecto a los elementos integrativos, menciona los siguientes:

- ❖ Afectos como valor, fortaleza o gratitud.
- ❖ Pena y depresión por lo destruido; admisión de la propia culpa.
- ❖ Capacidades de apareamiento a través de la reparación, unificación e integración
- ❖ Control adaptativo de los impulsos, capacidad de demora.
- ❖ Actitud expectante y esperanza de bienestar y salud; confianza en la unión y alianza positiva con los demás.
- ❖ Idealización moderada del terapeuta y del grupo, que incluyen expectativas realistas en cuanto al tratamiento.
- ❖ Capacidad de insight.
- ❖ Introyección de objetos metabolizados, integrados y “buenos”.
- ❖ Actitud positiva originada por la gratitud, el reconocimiento y el cariño hacia el grupo y el terapeuta.
- ❖ Demanda voraz que permita satisfacer las necesidades internas conforme a las condiciones externas.
- ❖ Fuerza creadora.

Capítulo 3. Grupos

- ❖ Identificación e incorporación de partes positivas, restitutivas y reparadoras de los demás. Además, la expulsión de contenidos intolerables y destructivos.
- ❖ Consciencia de los problemas y motivaciones profundas; liberación de lastres neuróticos mediante la acción catártica y purificadora del tratamiento.

Contrastando con lo anterior, el autor menciona los siguientes elementos desintegrativos:

- ❖ Afectos como ansiedades generadas por la propia agresión, miedo, resentimiento o envidia.
- ❖ Procesos paranoides persecutorios; proyección de la propia hostilidad en los demás.
- ❖ Incapacidad de reparar; existe desunión y desintegración.
- ❖ Actuaciones destructivas.
- ❖ Desconfianza; expectativa de destrucción y desintegración; temor a la pérdida y separación.
- ❖ Idealización y sobrevaloración excesivas del terapeuta y del grupo; búsqueda de objetivos inalcanzables que llevan a la desilusión.
- ❖ Compulsión a la repetición.
- ❖ Introyección de objetos destruidos y “malos”.
- ❖ Actitud negativa hacia el grupo y el terapeuta, originada por la envidia negativa que paraliza e impide conseguir lo que el otro posee.
- ❖ Demanda voraz, derivada de las necesidades internas creadas por las intensas carencias infantiles y frustraciones abrumadoras impuestas por el ambiente actual.
- ❖ Fuerza destructiva
- ❖ Identificación e incorporación de las partes negativas de los demás; desconocimiento de aportes positivos de los otros; tendencia a expulsar elementos restitutivos y reparadores.

Capítulo 3. Grupos

- ❖ Inconsciencia de enfermedad; triunfo de la neurosis sobre la acción terapéutica.

Por su parte, Gómez (1996) menciona que en el grupo se presentan mecanismos resistenciales como silencios provocados por no tener algo que decir, tratar de quedar bien frente al terapeuta, el análisis del compañero en lugar del propio, hacer comentarios hostiles. Estos pueden ser debido a que los miembros temen no ser aceptados por los otros, absorbidos o contagiados por ellos. Contra estos mecanismos, el terapeuta puede buscar la activación del aquí y ahora o la iluminación del proceso (al convertir el proceso grupal en una vivencia personal).

Pérez-Sánchez (1996) retoma la coterapia en el trabajo grupal, mencionando que ésta puede ser llevada por un terapeuta que asuma mayor responsabilidad terapéutica y un terapeuta-observador que intervendrá paulatinamente con mayor frecuencia. Además, menciona que permite tener una percepción más completa del grupo (el terapeuta observando al grupo como todo y el terapeuta-observador centrado en contenidos individuales). Por último, señala la importancia que tiene el compartir las percepciones que cada uno tiene con respecto a lo observado en el grupo.

Características de los grupos terapéuticos.

Retomando a Wolpe (1997) Sáenz, en el 2014, menciona que las terapias de grupo se pueden dividir con base en los objetivos que cubren. Dichos objetivos son diferentes debido al grado de insight:

- ❖ *Terapia de soporte o de apoyo.* Se busca reforzar las defensas existentes, elaborar nuevos y mejores mecanismos de control y restaurar un equilibrio adaptativo.
- ❖ *Terapia reeducativa.* Buscan el insight de conflictos conscientes, hacer esfuerzo de reajuste deliberados y modificar las metas de manera objetiva para vivir de acuerdo con los potenciales creativos existentes.
- ❖ *Terapia reconstructiva.* Busca el insight de conflictos inconscientes mediante esfuerzos para extinguir alteraciones estructurales del

Capítulo 3. Grupos

carácter, desarrollar y expandir la personalidad y buscar nuevas potencialidades de adaptación.

Con respecto a la duración, Pérez-Sánchez (1996) menciona que las sesiones deben ser de una hora a una hora y cuarto ya que esto permite que haya el desarrollo de un clima emocional determinado, permitiendo que los pacientes entren en la experiencia y los terapeutas comprendan esta experiencia. Por otro lado, al hablar de la duración de la terapia, Guimón (2003) menciona que ésta es quizá uno de los factores que más condicionan las actividades de grupo. Ésta puede ser la siguiente:

❖ *Corta duración*

- Terapeuta funciona de manera activa.
- Son grupos cerrados.
- Los procesos de grupo no son centrales.
- Importancia de generalizar en la vida cotidiana, el aprendizaje hecho durante las sesiones.
- Hay objetivos claros y delimitados
- Suelen ser grupos psicoeducativos.

❖ *Larga duración*

- Terapeuta tiene una actitud analítica, con pocas intervenciones y una actitud pasiva.
- Suelen ser grupos heterogéneos y abiertos.
- Hay una gran importancia de los fenómenos del grupo.
- Hay gran referencia al pasado del paciente y su influencia en el aquí y ahora.
- Son aquellos con orientación psicoanalítica.

Debido a la importancia que ha ido tomando la psicoterapia en la asistencia psiquiátrica, la necesidad de terapias más breves se ha hecho patente, ya que existe una necesidad de buscar que haya el mayor número de personas atendidas. Debido a esto, el interés hacia la psicoterapia breve ha aumentado con el paso de los años (Guimón, 2003). Aunado a esto, el autor menciona que los

Capítulo 3. Grupos

terapeutas no suelen recordar aquellos pacientes que son vistos con rapidez, a diferencia de los pacientes, quienes suelen ser impactados de forma profunda por el terapeuta, a pesar de las pocas sesiones que hayan tenido.

Al respecto, Guimón (2003) menciona que las terapias dinámicas breves no duran más de veinticinco sesiones con una duración de noventa minutos cada sesión.

Al hablar de la meta del grupo, Sbandi (1980) señala que ésta no debe ser concebida como la suma de las metas de los miembros (aunque sean similares o idénticas), sino que la meta surge cuando las motivaciones de cada miembro pueden ser reducidas a un denominador común. Guimón, en el 2003 retoma que el hecho de que todos los miembros de un grupo se centren en un problema común hace que la intervención breve con grupos homogéneos les permita compartir más fácilmente sus experiencias, reduciendo así los conflictos y aumentando el apoyo mutuo.

El tamaño de los grupos se divide en los siguientes:

- ❖ *Grupo pequeño.* Es el conformado por siete miembros (± 2 miembros), ya que siendo menos de cinco, los intercambios disminuyen y más de nueve no permite una comunicación fluida entre los miembros. Son grupos <<lentamente abiertos>> ya que permiten la entrada de nuevos miembros cuando uno abandona el grupo. Son heterogéneos, de duración indeterminada y orientación dinámica (Guimón, 2003; Portuondo, 1985).
- ❖ *Grupo mediano.* Es aquel conformado por doce a treinta miembros. Éste posee la capacidad de acercar la sociedad al individuo y brinda la ocasión de aclarar la naturaleza de las relaciones entre el mundo interno y el mundo externo (Guimón, 2003; Portuondo, 1985).
- ❖ *Grupo grande.* Aquel en el cual hay más de cuarenta miembros e incluso hasta varios cientos de ellos. Éste puede constituir un motor

Capítulo 3. Grupos

importante para el cambio personal y social (Guimón, 2003; Portuondo, 1985).

Relacionado con lo anterior, Sbandi (1980) señala que es cierta la relación inversamente proporcional del número de miembros y el tiempo de participación. Sin embargo, destaca que la participación de los miembros no solo depende del factor tiempo, sino que puede depender de otros factores (por ejemplo, el tiempo). Debido a esto, Pérez-Sánchez (1996) recomienda que haya cinco miembros, ya que esto permite a los pacientes establecer vínculos importantes para tener una experiencia emocionalmente significativa.

Beneficios de los grupos terapéuticos.

Al hablar sobre la terapia grupal, Saézn (2014) menciona que esta modalidad ha resultado sumamente útil debido a los beneficios que tiene. Dentro de éstos, ella destaca los siguientes:

- ❖ Una economía de recursos comparada con la terapia individual.
- ❖ La información y comunicación se multiplica ya que las voces alternativas vienen del terapeuta y otros miembros, dando como resultado un mayor intercambio de sentimientos, ideas y experiencias.
- ❖ El grupo amplía la red de apoyo recibido por la persona, además de que ésta experimenta el ayudar y ser ayudado.
- ❖ Hay un aprendizaje interpersonal, pasando de interacciones formales a comportamientos espontáneos, no formales e íntimos. Esto les permite ensayar nuevos comportamientos que pueden ser llevados a cabo fuera del contexto grupal.
- ❖ En el grupo, la persona acrecienta su capacidad para enfrentar y resolver problemas, su comprensión y sensibilización hacia comportamientos y actividades de otras personas.

Por su parte, Zrebiec (2013, en Reyes, 2014) destaca como ventajas de la terapia grupal las siguientes:

Capítulo 3. Grupos

- ❖ La persona recrea las dificultades características. Las interacciones con el grupo permiten exponer los patrones de comportamiento.
- ❖ El concepto del ‘pasillo de los espejos’ se refiere a la habilidad del grupo a confrontar a un individuo con su comportamiento, el cual no había podido reconocer previamente. Así, la persona puede aceptar más fácilmente las observaciones cuando vienen de parte del grupo.
- ❖ El hecho de que la persona se sienta identificada con la lucha de otra persona hace que el enfrentamiento con el problema sea más tolerable y pueda manejar mejor la intensidad con que afecta el problema.
- ❖ Las interacciones entre el grupo favorecen respuestas e intercambios socialmente aceptables.
- ❖ El grupo muestra modelos de comportamiento alternativos.

Los <<factores terapéuticos>> de Yalom.

Irvin Yalom propone que “el cambio terapéutico es un proceso enormemente complejo que sucede a través de un intrincado intercambio de experiencias humanas, a las cuales me referiré como <<factores terapéuticos>>” (pp. 23). Él propone once factores de forma arbitraria (con base en la experiencia clínica de él y otros terapeutas, así como de pacientes de grupo) que son interdependientes y ninguno opera de forma separada.

Estos factores son considerados comunes a todas las terapias grupales, sin importar su enfoque o duración (Yalom, 2000). Los factores son los siguientes:

- ❖ *Infundir esperanza.* Esto se considera un aspecto crucial de toda psicoterapia. Los participantes sienten inspiración y surgen expectativas por saber de gente que ha pasado por la misma situación y ha encontrado un camino adecuado.
- ❖ *Universalidad.* Éste se refiere a que, si bien todas las personas viven su desdicha de una forma particular, los pacientes dan cuenta de que no son los únicos en desgracia y hay otras personas con situaciones

Capítulo 3. Grupos

similares. Esto resulta sumamente beneficioso, principalmente en las primeras etapas del grupo.

- ❖ *Información participada.* Se refiere a la información obtenida, tanto de los demás pacientes como de los terapeutas, acerca de la salud y enfermedad mental, las psicodinámicas, el consejo, sugerencia o guía directa.
- ❖ *Altruismo.* Como resultado de su padecimiento, las personas suelen pensar que han sido una carga para los demás. Sin embargo, mediante el grupo se dan cuenta de que pueden llegar a ser importantes para los demás sin recibir algo a cambio, lo cual puede ayudar a la autoestima del paciente.
- ❖ *La recapitulación correctiva del grupo familiar primario.* Debido a la participación de otras personas, el espacio grupal permite un escenario en el cual se puedan revivir conflictos familiares pasados, como dependencia o desconfianza a un líder, la competencia entre los miembros, entre otros. Sin embargo, el grupo permite que esta segunda vivencia sea vivida de forma correcta mediante su entendimiento.
- ❖ *Desarrollo de técnicas de socialización.* Este factor se encuentra en todos los grupos terapéuticos, sin embargo, dependerá del grado en el cual sea enfatizado y explicitado. Para aquellos que carecen de relaciones íntimas, el grupo representa una primera oportunidad hacia un intercambio personal acertado.
- ❖ *Conducta imitativa.* Generalmente ésta juega un papel más importante durante las primeras etapas del grupo, ya que los pacientes buscan miembros o terapeutas más maduros con los cuales identificarse. Además, suele suceder que los pacientes busquen adoptar los problemas del otro y se deshagan de ellos por inapropiados. Así, el paciente se puede dar cuenta de aquello que no es y ser un progreso hacia su determinación.

Capítulo 3. Grupos

- ❖ *Catarsis*. A pesar de que, desde Breuer y Freud en 1885, se considera a la catarsis como algo importante en el un buen resultado terapéutico, se destaca que no es lo más importante.
- ❖ *Factores existenciales*. Estos se refieren a (1) reconocer que no importa lo próximo que se encuentren de otras personas, deben afrontar la vida solos; (2) afrontar las cuestiones básicas de su vida y muerte, y de este modo vivir su vida más honestamente; (3) aprender que debe asumir la última responsabilidad por el modo en que vivo mi vida, no importa cuanta guía y apoyo consiga de los demás.
- ❖ *Cohesión de grupo*. Similar a la importancia de la relación paciente-terapeuta en la intervención individual, en la terapia grupal resulta de suma importancia la relación del paciente con el terapeuta y con los demás miembros del grupo, así como del grupo en su totalidad. Ésta resulta necesaria para que entren en juego otros factores terapéuticos del grupo.
- ❖ *Aprendizaje interpersonal*. Debido a que la terapia es generalmente interpersonal, tanto en objetivos como en significados, los motivos de consulta de los pacientes suelen cambiar con el paso del proceso terapéutico, cambiando de un alivio del sufrimiento a un cambio en el funcionamiento interpersonal. Por tanto, se reconoce la importancia que tiene la interacción con alguna otra persona, la cual se busca aliviar mediante el proceso terapéutico.

Modelos de intervención grupal

Dentro de la terapia de grupo, existen distintas formas de intervención. Generalmente, estas propuestas se encuentran basadas en los conceptos teóricos de la modalidad individual, pero con ciertas modificaciones. A continuación, se mencionarán algunos de estos modelos con sus conceptos teóricos y las adecuaciones a la intervención grupal.

Modelo psicoanalítico.

Al hablar sobre distintas formas de realizar intervenciones grupales, González Núñez (1999) menciona las terapias reconstructivas, dentro de las que incluye todas aquellas derivadas del psicoanálisis. El autor destaca que, en estas terapias, el elemento más importante es el énfasis puesto en las interacciones personal y en la relación paciente-terapeuta, debido a que, entre otras cosas, se interpretan los sentimientos y comportamientos que el primero tiene hacia el segundo. Añade que dentro de los objetivos de estas terapias está el lograr la autocrítica y la reorganización por parte del paciente, la modificación de su personalidad mediante la exploración del material inconsciente y suscitar un cambio profundo en la personalidad mediante el conocimiento de las motivaciones y conflictos inconscientes.

Los principios psicoanalíticos de la terapia de grupo se centran en (1) la transferencia generada en el ámbito multipersonal del grupo y (2) la oportunidad para el estudio de las temáticas en el encuadre grupal (Rutan, 1996). Aunado a esto, la teoría psicoanalítica propone distintos principios que pueden ser aplicados a la situación grupal. Estos son:

- ❖ *Determinismo psicológico.* Indica que toda conducta y pensamiento tienen una finalidad y se encuentran sujetos a leyes.
- ❖ *Procesos inconscientes.* Se refiere a la premisa fundamental del psicoanálisis de algo que se encuentra fuera de la consciencia y es precisamente el objetivo de la terapia develarlo.
- ❖ *Conducta dinámica y dirigida hacia una meta.* La conducta siempre busca proteger a la persona del dolor o un riesgo temido.
- ❖ *Desarrollo epigenético.* Desde esta perspectiva, se plantea que cada fase del desarrollo depende de la fase precedente.
- ❖ *Funciones de la mente.* Se refiere a los estratos de la mente propuestos por Freud que son el ello (instintos e impulsos primitivos) el yo (siendo el intermediario entre el ello y el superyó) y el superyó

Capítulo 3. Grupos

(corresponde a la internalización de las expectativas de los padres y el medio cultural).

El grupo suele tener de siete a nueve miembros que no se conocen fuera del grupo, que se reúnen de forma regular y se ven limitados por reglas que confinan la comunicación entre los miembros al entorno grupal (Alonso y Swiller, 1995).

En este modelo, se busca que el grupo proporcione un clima que ayude a los clientes a reexperimentar las relaciones familiares de la infancia. Además, se busca el desentierro de los sentimientos asociados a acontecimientos pasados que siguen teniendo influencia sobre la conducta habitual mediante la comparación y contraste de las percepciones presentes con las experiencias pasadas (Rutan, 1996). Así, se busca facilitar el insight sobre los orígenes del trastorno psicológico evolutivo y la estimulación de una experiencia emocional correctiva (Corey, 1995), al explorar el pasado de la persona para entender y corregir la experiencia presente (Alonso y Swiller, 1995; Rutan, 1996).

Debido a la importancia que se le dan a los patrones de interacción y comunicación del aquí y ahora, Alonso y Swiller (1995) mencionan que se pone un especial énfasis al proceso comunicacional desde distintos ángulos:

- ❖ Nivel de la realidad actual observable de manera directa por todos los participantes.
- ❖ Nivel de transferencia (nivel total de objeto).
- ❖ Nivel proyectivo (nivel parte-objeto).
- ❖ Nivel de comunicación del inconsciente primordial-colectivo.

Por otro lado, el terapeuta busca la facilitación de la interacción grupal ayudando a crear un clima de aceptación y tolerancia, todo mediante un rol activo internamente. Sin embargo, permanece anónimo y objetivo para que los miembros desarrollen proyección hacia su figura, pero principalmente hacia los otros miembros del grupo. De esta forma, registra señales de resistencia y transferencias, las cuales interpreta sus significados. Aunado a esto, ayuda a los

Capítulo 3. Grupos

miembros en el trabajo elaborativo de los aspectos inconclusos. Todo lo anterior dentro de un contexto con ciertos límites del grupo (Corey, 1995; Rutan, 1996).

Además, el terapeuta renuncia a un liderazgo directivo y permite que el grupo siga su propio curso, interpretando los patrones de conducta emergentes. Por su parte, los miembros producen material inconsciente, asumen gradualmente mayor responsabilidad en la interacción espontánea, en las interpretaciones y comparten insights sobre otros miembros, lo que los convierte en terapeutas auxiliares de los otros (Corey, 1995). Una de las ventajas que tiene el trabajo grupal desde esta perspectiva es que hay una instalación más rápida y una mayor intensidad de la transferencia, lo cual permite que los miembros ayuden a los otros a superar resistencias y hacer insight sobre sus transferencias de una forma que el analista no puede (Rutan, 1996).

Relacionado con lo anterior, Alonso y Swiller (1995) mencionan que el terapeuta ha de ser:

- ❖ *Administrador dinámico*. Se refiere a la función ejecutiva y se ocupa de los aspectos no transferibles de su función, que tienen que ver con el poder y la autoridad en la toma de decisiones concernientes a la creación, mantenimiento y supervivencia del grupo.
- ❖ *Analista intérprete*. Esta función es transferible a los miembros del grupo, con el fin de que el grupo se vuelva un agente de cambio hacia los fines terapéuticos.

Las técnicas utilizadas por el modelo psicoanalítico buscan hacer consciente lo inconsciente y la provocación del insight. Éstas son la interpretación, análisis de sueños, asociación libre, análisis de la resistencia y las transferencias (Corey, 1995).

Sin embargo, el centro de interés en el insight, las dinámicas intrapsíquicas y el tratamiento a largo plazo no es algo que los clientes valoren ya que prefieren aprender destrezas para el manejo de problemas ambientales que les presionan.

Capítulo 3. Grupos

Además, el foco interno suele hallarse en conflicto con los valores culturales que enfatizan un foco más interpersonal y ambiental (Corey, 1995).

Psicodrama.

El psicodrama, creado por Jacob Moreno puede considerarse como una parte de la sociometría y se define como el uso de técnicas dramáticas para ejercer una acción terapéutica sobre los miembros (González Núñez, 1999). El mismo Moreno menciona que “el psicodrama es terapia profunda de grupo...[siendo] aquel método que sondea a fondo la verdad del alma mediante la acción” (pp. 108-109, 1996).

En este modelo, se busca la facilitación del alivio de los sentimientos acumulados, la proporción del insight y la ayuda a los clientes al desarrollo de conductas nuevas y más efectivas. Además, se busca la apertura de posibilidades no exploradas para resolver conflictos y para experimentar los apartados dominantes de uno mismo (Corey, 1995). Así, El psicodrama ayuda a una persona a representar su problema en lugar de sólo hablar de él (Weitz, 1980, en Sandoval, 2008).

El psicodrama puede ser aplicado a una amplia gama de pacientes, incluidos los considerados limitados intelectualmente, intelectualmente regresivos y aquellos impedidos evolutivamente para expresar sentimientos mediante el lenguaje y los intelectualizadores que no pueden conectar sus sentimientos con el lenguaje (Sandoval, 2008)

Los conceptos básicos son la espontaneidad y creatividad, el rol, tele y transferencia, el átomo social, las estructuras del psicodrama (calentamiento, acción, participación y compartir o sharing), agentes dinámicos del psicodrama (director, protagonista, el yo auxiliar, el público, el escenario) y técnicas psicodramáticas (Sandoval, 2008).

Moreno (1966) destaca que el psicodrama se sirve de cinco medios para lograr el cambio terapéutico, los cuales son:

Capítulo 3. Grupos

- ❖ *Escenario.* Aquel espacio donde el paciente se puede encontrar a sí mismo, al librarse de una opresión insoportable o experimentando la libertad de expresarse y vivenciar.
- ❖ *Protagonista.* Aquel que se representa a si mismo en escena, actuando libre y espontáneamente.
- ❖ *Director terapéutico.* Tiene tres funciones: director de escena, terapeuta y analista. Como director de escena debe captar toda indicación que ofrezca el sujeto e integrarla en la acción dramática. Como terapeuta puede atacar, bromear y reír con el paciente, así como permanecer pasivo para que el paciente dirija la sesión. Como analista puede completar sus opiniones con las de los terapeutas auxiliares o las respuestas del público.
- ❖ *Egos auxiliares o actores terapéuticos.* Constituyen un refuerzo para el director del grupo y representan personas reales o simbólicas del protagonista.
- ❖ *Público.* Éste puede ayudar al paciente o convertirse en el mismo paciente.

De manera más específica, y al funcionar como facilitador y director, el terapeuta se encarga de motivar al grupo, a estructura el psicodrama, dirigir la dramatización y después al procesamiento de los resultados con los participantes. Dentro de sus tareas específicas se encuentran la facilitación, la observación, la dirección, la producción y la síntesis (Corey, 1995).

Para llevar a cabo este rol, el director/terapeuta sugiere técnicas específicas destinadas a la intensificación de sentimientos, recreación de situaciones pasadas y proporción de una mayor consciencia de los conflictos, sin que el cliente/protagonista quede bloqueado y garantiza que los miembros restantes del grupo tengan la oportunidad de compartir lo experimentado durante el psicodrama. De esta forma, los miembros producen el material de los psicodramas y, cuando se hallan en el rol del protagonista, dirigen su propio psicodrama (Corey, 1995; Moreno, 1966).

Capítulo 3. Grupos

Dentro de la estructura básica de las sesiones, se incluyen el calentamiento, la acción y la participación. El calentamiento se refiere a una preparación para la acción y tiene como propósito el activar la espontaneidad y creatividad de la persona y del grupo. La acción se refiere a escenificar los diferentes conflictos de la persona, que pueden ser presentes y/o pasados, con la ayuda del director/terapeuta y los miembros del grupo (González Núñez, 1999).

Corey (1995) menciona que, para llevar a cabo lo antes mencionado, se utilizan técnicas como la auto-presentación, presentación del otro, entrevista en el rol del otro y entrevista en el rol de uno mismo, soliloquio, cambio de papel, técnica de dobles y egos auxiliares, espejo, dobles múltiples, proyección futura y ensayo de vida.

Este enfoque invita a los pacientes reservados a la auto-expresión en el presente. Así, el terapeuta puede crear escenas que sean culturalmente significativas y ayudar a los miembros a entender el impacto de su cultura sobre ellos. A través de la dramatización, los clientes con poca tendencia a hablar hallan un medio de expresión espontánea. Además, se ofrecen oportunidades para desarrollar la espontaneidad y la creatividad dentro del marco de la propia cultura (Corey, 1995; Moreno, 1966).

Sin embargo, el énfasis en la experimentación y expresión de sentimientos, en la catarsis y en la dramatización presente de problemas pasados puede asustar a algunos clientes. Por tanto, se requiere precaución al animar a los clientes a mostrar sus emociones intensas en presencia de otros (Corey, 1995).

Modelo existencial.

El existencialismo se encuentra basado en el método fenomenológico, el cual centra su atención en la existencia de los individuos, sus relaciones, dolores, alegrías, etc. vividos en el momento. Por lo tanto, desde este modelo se busca proporcionarle al cliente condiciones que maximicen la auto-conciencia y reduzcan los bloqueos del crecimiento. Además, se busca ayudar a los clientes a descubrir y

Capítulo 3. Grupos

emplear la libertad de elección y la asunción de responsabilidad de sus propias decisiones (Aguilar, 2008; Corey, 1995).

Yalom (2001) define la psicoterapia existencial como “una aproximación dinámica a la terapia que se centra en las preocupaciones que están enraizadas en la existencia del individuo” (pp. 193).

La tarea principal del terapeuta consiste en estar plenamente presente y disponible para los miembros del grupo y captar su ser subjetivo. Además funciona creando la relación persona-a-persona auto-revelándose y confrontando a los miembros de forma prudente (Corey, 1995).

Yalom (2001) menciona que la psicoterapia existencial es dinámica debido a que hay distintas fuerzas en conflicto. Sin embargo, a diferencia de Freud, considera que el conflicto surge de la confrontación del individuo con los datos de la existencia. Estos se encuentran relacionados con las cuatro preocupaciones supremas, que son la muerte, la libertad, la soledad y el sin sentido. Debido a esto, el terapeuta puede estructurar el grupo con base en temas existenciales como las cuatro preocupaciones supremas, la responsabilidad, la ansiedad y la culpabilidad; compartiendo así sentimientos del aquí y ahora con el grupo. Los miembros son responsables de decidir los aspectos que desean explorar, determinando así la dirección que ha de tomar el grupo (Corey, 1995).

Desde la visión existencial, el hombre se mantiene rehaciéndose y descubriéndose continuamente, ya que la naturaleza humana no puede ser descubierta por completa, sino que la vida siempre presenta nuevos retos y nuevas oportunidades. Debido a esto y al principal interés en la comprensión de la persona y en segundo plano se encuentran las técnicas, no hay una muestra predeterminada de métodos. Sin embargo, los terapeutas pueden adoptar técnicas de otros enfoques terapéuticos con el objetivo de la mejor comprensión del mundo de los clientes y una mayor profundización del nivel de trabajo terapéutico (Aguilar, 2008; Corey, 1995).

Capítulo 3. Grupos

Dentro de este modelo, un valor nuclear es el énfasis fenomenológico del cliente, lo cual incluyen sus antecedentes culturales. Además, en él se conduce al fortalecimiento individual en una sociedad opresiva. De esta manera, puede ayudar a los miembros a examinar sus opciones de cambio dentro de sus contextos de realidades sociales (Corey, 1995; Yalom, 2001).

En este modelo se enfatizan los valores de individualidad, libertad, autonomía y auto-realización, los cuales pueden entrar en conflicto con los valores culturales de colectividad, respeto a la tradición, deferencia a la autoridad e interdependencia. Aunado a lo anterior, algunos clientes pueden obstaculizarse por la ausencia de técnicas específicas, mientras que otros esperarán más atención sobre los factores de supervivencia en su mundo (Corey, 1995).

Modelo Gestalt.

A pesar de que Castañedo (1997) menciona que debido a que la terapia Gestalt es un enfoque fenomenológico, es muy difícil elaborar una teoría sobre ella, a continuación se hablarán sobre algunos aspectos relevantes de la modalidad grupal desde este enfoque.

El significado de la terapia Gestalt es tomar conciencia, darse cuenta de las necesidades, identificarlas, revivirlas emocionalmente y cerrar lo que había quedado incompleto hasta ese momento (Castañedo, 1997). Así, en terapia Gestalt se enfatizan dos principios que son integrados dentro de un solo sistema de psicoterapia: la psicología conductual y la vivencial. Por tanto, desde este modelo se busca capacitar a los miembros del grupo a prestar atención a las experiencias que viven en cada momento para que puedan reconocer e integrar los aspectos de sí mismos a los que han renunciado (Aguilar, 2008; Corey, 1995), así como la exploración de sí mismos mediante la promoción de un encuentro, un proceso de crecimiento, un acontecimiento de resolución de problemas, una forma especial de aprendizaje y una exploración de toda la gama de aspiraciones al cambio (González Núñez, 1999). Además, se menciona la importancia de que el paciente logre la madurez, definida por Perls como la transición que se opera al

Capítulo 3. Grupos

pasar de recibir el soporte del medio ambiente a darse el propio auto-soporte (Castañedo, 1997).

En terapia Gestalt el paciente es un participante activo y responsable que aprende a experimentar y a observar, descubrir y realizar sus propias metas con sus propios esfuerzos (Castañedo, 1997). Por tanto, la terapia se enfoca en el “cómo” y el “qué hacemos” (González Núñez, 1999).

Relacionado con lo anterior, en el contexto grupal se tiene como objetivo principal que las personas se desenmascaren frente a los demás miembros, así como revivir dentro del grupo las sensaciones experimentadas ante un evento, ya que sólo de esta forma se pueden modificar los patrones de respuesta y proponerse el cambio (Aguilar, 2008; González Núñez, 1999), además del incremento darse cuenta en los diferentes niveles del grupo (Woldt y Toman, 2007).

El modelo grupal original utilizado por Perls era el de la llamada silla caliente, en el cual la persona se sentaba frente al terapeuta mientras el grupo escuchaba con atención, habiendo una mínima integración grupal (Castañedo, 1997); Woldt y Toman, 2007). Posteriormente, Kepner habló sobre un modelo más allá de la silla caliente, el cual identificó tres niveles de oportunidad para el trabajo terapéutico: el intrapersonal (autoexploración), el interpersonal (la exploración de las relaciones dentro del grupo) y el grupo en su conjunto (la exploración de los patrones o temas del grupo). Además, Kepner (Castañedo, 1997) menciona que las etapas del grupo terapéutico desde el enfoque Gestalt son:

1. *Identidad*. Darse cuenta de uno y de los otros. Esta etapa también incluye una fase de dependencia (pseudo-intimidad).
2. *Influencia*. Energía y excitación, ansiedad, resistencia, movilización. Aquí se da la conraindependencia.
3. *Intimidad*. Contacto, acción para completar el ciclo. Esta etapa contiene la independencia.

Capítulo 3. Grupos

4. *Cierre*. Reposo, retirada de la energía, reconocimiento de lo que no es posible y aparición de lo que se ha realizado en el grupo.

El rol del terapeuta es el fomento y apoyo al darse cuenta de los miembros individuales y de todos los niveles subsecuentes del grupo con el fin de optimizar el contacto interpersonal e intrapersonal (Woldt y Toman, 2007). Para esto, sugiere técnicas destinadas a la ayuda a los participantes a la intensificación de su experiencia y permanecer alerta a sus mensajes corporales. Además ayudan a los clientes en la identificación y trabajo sobre asuntos pendientes del pasado que interfieren con su funcionamiento habitual, todo esto mediante la observación de las conductas y sentimientos de los miembros (Corey, 1995).

Dentro del contexto grupal, el terapeuta es responsable de ser consciente de su experiencia centrada en la persona y de usarla en este contexto. De esta forma, estructura el grupo introduciendo técnicas apropiadas para la intensificación de emociones. Debido a esto, y como se mencionó anteriormente, los miembros deben ser activos y efectuar sus propias interpretaciones (Corey, 1995). Sin embargo, el terapeuta no tendrá un plan preestablecido para cada sesión (González Núñez, 1999). Por tanto, vemos como el terapeuta es un participante-observador de la conducta en el aquí y el ahora (mas no en el allá y entonces), y el catalizador de experiencias fenomenológicas del paciente (Castañedo, 1997).

Para lograr lo anterior, González Núñez (1999) menciona que las técnicas utilizadas en la terapia Gestalt se encuentran divididas en tres grandes áreas, que son las técnicas supresivas, las técnicas expresivas y las técnicas integrativas. Las técnicas supresivas buscan que se deje de hacer todo cuanto sea necesario para descubrir la experiencia que está detrás de una determinada actividad mediante la experiencia de la nada, hablar “acerca de” y la manipulación. Las técnicas expresivas incluyen la expresión de lo no expresado o iniciación de la acción (mediante maximizar la expresión, expresar lo que se siente y hacer la ronda), terminar o completar la expresión y buscar la dirección y hacer la expresión directa (a través de la repetición, la exageración y desarrollar, la traducción de lo no verbal a lo verbal y la actuación e identificación). Por último,

Capítulo 3. Grupos

las técnicas integrativas incluyen el encuentro intrapersonal y la asimilación de proyecciones.

Por otro lado, Corey (1995) menciona que el terapeuta puede utilizar muchas técnicas orientadas a las acciones, todas las que logren intensificar la experiencia inmediata y la consciencia de sentimientos habituales. Éstas incluyen la confrontación, la silla vacía, el juego de dialogo, la rueda, los enfoques fantásticos, los procedimientos de ensayo, las técnicas de cambio de papel, la exageración de una conducta, diálogos con uno mismo o con otros significativos en el presente, trabajo de sueños, entre otras. Además, se diseñan ejercicios para capacitar a los participantes a adquirir consciencia de sus tensiones corporales y de su miedo a la cercanía física o emocional, para darles la oportunidad de experimentar conductas nuevas y para aliviar sentimientos. Por ultimo técnicas como la fantasía guiada se emplean para estimular la imaginación.

En general, los grupos son diseñados para lograr el crecimiento personal. Además, un miembro en un grupo puede llegar a comprenderse a sí mismo y a los otros mediante la observación de las emociones y no solo su verbalización (Castañedo, 1997).

En este enfoque, hay cierta congruencia entre el interés en la expresión no verbal y las culturas que buscan los mensajes más allá de las palabras. Además, el modelo proporciona muchas técnicas para el trabajo con clientes acostumbrados a la no expresión de sentimientos. La observación de las expresiones corporales es una forma de ayudar a los clientes al reconocimiento de sus conflictos (Corey, 1995).

Sin embargo, los clientes que estén culturalmente condicionados a ser emocionalmente reservados pueden mostrarse reacios a este modelo. Por lo tanto, es importante no presionar a los miembros para una expresión prematura de sentimientos, como mínimo hasta el establecimiento firme de la relación terapéutica. Además, algunos clientes tendrán la dificultad de entender como la

consciencia sobre la experiencia consciente los llevará a la resolución de sus problemas (Corey, 1995).

Grupos de encuentro (modelo centrado en la persona).

En este modelo se busca la proporción de un clima seguro en el cual los miembros del grupo puedan examinar la gama completa de sus sentimientos. También busca ayudarlos a ser más abiertos a las nuevas experiencias y al desarrollo de una confianza en sí mismos y sus juicios, así como procura animar a los clientes a vivir el presente, que desarrollen la apertura, la honestidad y la espontaneidad. Además, busca posibilitar el encuentro con otras personas en el aquí y ahora y usar el grupo como lugar para la superación de sentimientos de alienación (Corey, 1995).

Con respecto al proceso que tiene el grupo de encuentro, Rogers (1973) menciona ciertas pautas que siguen estos grupos. Éstas no siempre son dadas en el mismo orden y pueden darse de manera simultánea dos o más. Las pautas son las siguientes:

1. Etapa de rodeos, en la cual el facilitador menciona que no habrá estructura dada por él, lo que resulta en una interacción superficial de cortesía por parte de los miembros.
2. Resistencia a la expresión o exploración personal, mostrando el yo público y con cierta ambivalencia y temor a mostrar el yo privado.
3. Descripción de sentimientos del pasado.
4. Expresión de sentimientos negativos, siendo generalmente dirigido por primera vez hacia los miembros del grupo o al facilitador.
5. Expresión y exploración del material personalmente significativo, debido a la comprensión de que el grupo es de los miembros que lo integran.
6. Expresión de sentimientos interpersonales inmediatos dentro del grupo, pudiendo ser positivos o negativos.

Capítulo 3. Grupos

7. Desarrollo en el grupo de la capacidad de aliviar el dolor ajeno, debido a la capacidad innata de ciertos miembros para encarar de forma útil y terapéutica el dolor y sufrimiento de otros.
8. Aceptación de sí mismo, lo que lleva al cambio.
9. Resquebrajamiento de las fachadas mediante la exigencia del grupo, amable o brutal, de que los miembros dejen de lado la máscara y sean ellos mismos.
10. El individuo recibe retroalimentación con respecto a sus actitudes y sentimientos, lo que le permite observar como es percibido por los otros y esto le resulte constructivo.
11. Enfrentamiento, lo cual se relaciona con la retroalimentación pero de una forma más directa.
12. La relación asistencial fuera de las sesiones del grupo, ya que fuera del grupo los miembros pueden interactuar e incluso encontrar fortaleza y ayuda en el otro.
13. El encuentro básico, que se refiere al contacto más íntimo y directo entre los miembros. Este puede ser uno de los aspectos más centrales, intensos y generadores de cambio de la experiencia grupal.
14. Expresión de sentimientos positivos y acercamiento mutuo lo cual se va dando con el pasar de las sesiones y es generado por la sensación creciente de cordialidad, confianza y espíritu de grupo, dando como resultado una autenticidad que incluye sentimientos positivos y negativos.
15. Cambios de conducta en el grupo.

A pesar de la aparente ausencia del terapeuta en el grupo, su función es la de facilitar el grupo (en oposición a dirigirlo), manejando las barreras de comunicación, estableciendo un clima de confianza y ayudando al grupo en su funcionamiento efectivo. Su tarea central consiste en ser genuino en las sesiones y demostrar aceptación incondicional, respeto y comprensión. Además, le corresponde la tarea de crear un clima de tolerancia y experimentación. A menudo

Capítulo 3. Grupos

tiene una implicación directa al compartir sentimientos e impresiones personales sobre lo acontecido en el grupo (Corey, 1995).

A pesar de lo anterior, el terapeuta proporcionará escasa estructuración o dirección ya que se considera que los miembros son capaces de encontrar una rápidamente dirección significativa, de ayudarse mutuamente y de progresar hacia resultados constructivos (Corey, 1995; González Núñez, 1999).

En las técnicas empleadas se hace hincapié en las actitudes y conducta del facilitador y se emplean algunas pocas técnicas estructuradas o planificadas. Dentro de éstas se encuentran la escucha activa, el reflejo de sentimientos, la clarificación, el apoyo y el “estar presente” para el cliente (Corey, 1995). Por su parte, González Núñez (1999) menciona que dentro las técnicas utilizadas en este enfoque, destacan el saber escuchar y saber escucharse a sí mismo, las técnicas de reflejo (como reflejo de sentimiento, de actitud, de pensamiento, de la experiencia, el compartir experiencias y la identificación de sentimientos) las tácticas de aceptación, de alentamiento, el explicar, el respeto positivo, el conocimiento de sí mismo y las tácticas de terminación.

Con respecto a la metodología técnica, este autor habla sobre la aceptación del grupo y del individuo, la comprensión empática, la actuación acorde con los sentimientos, el enfrentamiento y la retroalimentación, la expresión de los problemas del facilitador, la evitación de la planeación previa de los ejercicios, la evitación de interpretaciones o comentarios acerca del proceso, la potencialidad terapéutica del grupo y los movimientos y contactos físicos entre los miembros (González Núñez, 1999).

Rogers contribuyó de manera significativa a la ruptura de barreras culturales y a la posibilitación de un dialogo abierto entre poblaciones de diversas culturales. Los puntos centrales en este modelo son el respeto por los valores del cliente, la escucha activa, la aceptación de diferencias, la actitud no enjuiciadora, la comprensión, la voluntad de permitir a los clientes que determinen el contenido de las sesiones y la valoración del pluralismo cultural (Corey, 1995).

Capítulo 3. Grupos

Sin embargo, algunos de los valores antes mencionados pueden ser incongruentes con la cultura del cliente. Además, la falta de estructura y dirección por parte del terapeuta son inaceptables para muchos clientes que buscan ayuda y respuestas inmediatas en el terapeuta (Corey, 1995).

Por su parte, González Núñez (1999) señala que el facilitador debe estar muy alerta sobre ciertos aspectos al trabajar con los grupos de encuentro. La primera de ellas es que la experiencia grupal intensa frecuentemente no trae cambios conductuales perdurables. Además, el individuo puede quedarse solamente en la revelación de sí mismo y no elaborar el material movilizado (lo cual puede solventarse al tomar terapia a largo plazo). Por otro lado, al haber parejas en los grupos, se corre el riesgo de que los cambios, positivos o negativos, no sean simétricos, lo cual puede manifestar tensiones latentes en los cónyuges. Por último, y relacionado con el anterior, menciona que debido al clima positivo, cálido y afectuoso que existe en el grupo, pueden generarse tensiones y preocupaciones debido a un componente sexual emergente.

Además, Rogers (1973) señala que el grupo no solo tiene aspectos positivos, destacando que dentro de los aspectos negativos se encuentran los siguientes:

- ❖ Los cambios de conducta no son perdurables.
- ❖ Un individuo puede quedarse en un nivel de revelación de sí mismo, no llegando a elaborar los problemas por completo.
- ❖ Los individuos que han participado previamente en grupos de encuentro, pueden anular los efectos en los nuevos grupos a los que asisten ya que creen haber aprendido las reglas del juego y tratan de imponerlas a los nuevos miembros, de forma abierta o velada.
- ❖ En el caso de matrimonios que asisten a un grupo de encuentro:
 - Uno de ellos puede estar manifestando mayor mejoría que el otro
 - Durante el proceso, se pueden de revelar tensiones conyugales mantenidas ocultas.

Capítulo 3. Grupos

- Los grupos de encuentro mixtos pueden desarrollar sentimientos muy positivos, cálidos y afectuosos que pueden tener un componente sexual y derivar en un conflicto en la pareja.

Modelo de terapia conductual.

Este modelo se propone ayudar a los miembros del grupo a eliminar las conductas inadaptadas y a que aprendan nuevos patrones de conducta más efectivos. Así, los objetivos más amplios se dividen en submetas más específicas para su consecución (Corey, 1995; González Núñez, 1999). Esto se logra mediante las técnicas conductuales, las cuales ayudan a la persona a detectar las conexiones entre las situaciones problemas y la forma de reaccionar ante ellas, además de enseñar a calmar mente y cuerpo para lograr sentirse mejor, pensar con más claridad y tener una mejor toma de decisiones (Vergara, 2009).

El terapeuta funciona como un experto en la modificación conductual, por lo cual debe ser directivo y suele comportarse como un profesor o entrenador. Imparte información y enseña técnicas de manejo y métodos de modificación de conducta para que los miembros puedan practicar fuera de las sesiones grupales (Corey, 1995).

Debido a lo anterior, el terapeuta es el responsable de la enseñanza activa y del proceder del grupo dependiendo de las actividades predeterminadas. Se espera que los miembros sean activos, apliquen lo aprendido en la vida cotidiana y que practiquen nuevas conductas fuera del grupo (Corey, 1995).

Las principales técnicas, basadas en los principios de aprendizaje y conducta, buscan lograr cambios conductuales y reestructuración cognitiva mediante exposiciones *in vivo* (Guimon, 2003). Estas incluyen desde el condicionamiento clásico, la desensibilización sistemática, la terapia implosiva, el entrenamiento en asertividad, las técnicas aversivas, y los métodos de condicionamiento operante incluyen técnicas de auto-ayuda, programas de reforzamiento y medidas de apoyo, investigación conductual, formación,

Capítulo 3. Grupos

modelado, feedback y procedimientos para desafiar y modificar cogniciones (Corey, 1995; González Núñez, 1999).

Los puntos fuertes de este modelo incluyen la preparación de los miembros en la enseñanza de los propósitos del grupo, la ayuda de los miembros en el aprendizaje de destrezas prácticas, el interés educativo de los grupos y estrategias de auto-control (Corey, 1995), así como los efectos poderosos del modelamiento como un mecanismo de cambio conductual, con modelos distintos a los del terapeuta para conseguirlo y, además, el grupo como un espacio con mayores oportunidades para el aprendizaje y desaprendizaje de diversas respuestas (González Núñez, 1999).

Sin embargo, es de suma importancia que los terapeutas ayuden a los miembros a evaluar las posibles consecuencias de sus cambios conductuales. Por ejemplo, la familia puede valorar de forma negativa el estilo asertivo adquirido por el cliente, por lo cual él debe aprender a manejar la resistencia de otros (Corey, 1995).

Modelo de terapia racional emotiva.

Este modelo, debido a su perspectiva más educacional (González Núñez, 1999), procura enseñar a los miembros del grupo que son responsables de sus propios trastornos y les ayuda en la identificación y eliminación del proceso de auto-doctrinamiento mediante el cual mantienen vigentes dichos trastornos. Además, busca la eliminación de la impresión irracional y auto-punitiva de la vida y la sustitución por otra más tolerante y racional (Corey, 1995; González Núñez, 1999), ya que las técnicas cognitivas enseñan que los patrones de pensamiento derivan de los síntomas, distorsionando la visión de los sucesos, lo cual produce emociones y acciones negativas (Vergara, 2009).

El terapeuta funciona de forma didáctica ya que explica, enseña y reeduca. Así, ayuda a los miembros a observar y confrontar de forma rigurosa su pensamiento irracional y a identificar su conexión con la conducta auto-punitiva. Además, les enseña a cambiar sus patrones de pensamiento y conducta (Corey,

Capítulo 3. Grupos

1995). Debido a esto, González Núñez (1999) menciona que éste toma un papel activo-directivo, añadiendo que busca que el proceso grupal no se deteriore ni entre en sentimientos de desánimo, apatía, desorganización, etc.

Relacionado con lo anterior, el terapeuta es responsable de desafiar cualquier señal de conducta basada en un pensamiento irracional por parte de los miembros. Además estructura la experiencia del grupo para que los miembros hagan cambios productivos. A su vez, los miembros se responsabilizan de combatir sus pensamientos auto-punitivos y los de sus compañeros y se espera que realicen auto-confrontaciones fuera del grupo y que trabajen mucho en la modificación de pensamientos irracionales (Corey, 1995).

La técnica fundamental de este modelo es la enseñanza activa. Por tanto, los terapeutas prueban, confronta, desafían y dirigen. Modelan y enseñan el pensamiento racional y explican, persuaden e informan a sus clientes. Suelen usar un estilo directo que requiere que los miembros usen constantemente sus destrezas cognitivas (Corey, 1995). Esto se logra mediante la aplicación de las técnicas que este enfoque propone, clasificadas en tres grandes rubros: cognoscitivas, conductuales y emotivas. Dentro de las cognoscitivas se encuentran la refutación de creencias irracionales, la sugestión y autosugestión, la interpretación de defensas, presentación de elecciones y acciones alternativas, precisión semántica, enseñando afirmaciones dialécticas y filosofías racionales, la terapia de re-atribución, métodos de distracción, métodos de imaginar, vencimiento de sentimientos de inutilidad y empleo del humor e intención paradójica. Dentro de las técnicas conductuales principalmente se utiliza el control de contingencias y el autocontrol. Por último, dentro de las técnicas emotivas, se encuentran las imágenes racional-emotivas, la aceptación incondicional, los ejercicios contra la vergüenza, la revelación de uno mismo y el desempeño del papel (González Núñez, 1999)

Este modelo proporciona las vías para cuestionarse los propios pensamientos y para la identificación de los valores que ya no son funcionales. Su interés por el pensamiento y la racionalidad puede ser aceptable para muchos

Capítulo 3. Grupos

clientes. En los procesos de enseñanza/aprendizaje se tiende a evitar el estigma de enfermedad mental. Además, muchos clientes pueden valorar la dirección del terapeuta y las tareas para casa (Corey, 1995).

Dentro de las ventajas de la perspectiva grupal, se encuentra que el grupo es un espacio donde se puede observar mejor la conducta motriz, cognoscitiva y emotiva de la persona, sin necesidad de recurrir a información indirecta. Además, hay una retroalimentación por parte de los miembros del grupo hacia los demás. Sin embargo, si el terapeuta tiene un estilo de liderazgo fuerte y directivo, los clientes pueden retraerse. Por tanto, es necesario entender el mundo del cliente antes de atacar fuertemente los pensamientos percibidos como irracionales por el terapeuta (Corey, 1995).

Grupo reflexivo

Dellarossa (1979) consideraba importante que aquellos terapeutas interesados en la terapia grupal debían participar en una experiencia de esta naturaleza como miembros de un grupo. Sin embargo, también consideraba importante que esto no interfiriera en el tratamiento psicoanalítico individual de cada terapeuta. Debido a esto, decidió retomar lo hecho en un psiquiátrico argentino: los llamados Grupos de Reflexión. En aquella institución, se buscó que los médicos elaboraran las tensiones generadas por el tratamiento de pacientes psiquiátricos.

Dentro del primer esbozo utilizado por Dellarossa (1979) en la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (AAPPG), se incluyeron ciertos parámetros para los grupos de reflexión, siendo los siguientes: debía ser un grupo de diez a catorce integrantes (con un mínimo de cinco para iniciar la sesión), con una duración de 75 minutos por sesión, enfatizando la confidencialidad y la exposición clara de los objetivos del grupo, así como la libre elección del tema a tratar en cada sesión (esto dentro de los límites del tema grupal).

En este sentido, el autor define al grupo de reflexión como un grupo en el cual los participantes se reunirán para hablar, filosofar y, en cierta medida, redramatizar inconscientemente (de manera más restringida que en un grupo

Capítulo 3. Grupos

terapéutico). Destaca que el grupo de reflexión buscará considerar solo el cometido que está predefinido. A pesar de esto, considera que en el grupo se puede dar la discusión de la vida personal (ajena al tema planteado), lo cual dependerá del coordinador no retomarlo para la discusión grupal sobre el tema central.

Por su parte, Reyes (2014) define al grupo de reflexión como un grupo que está orientado a que sus integrantes tomen consciencia de fenómenos mediante una elaboración reflexiva. Por sus características, es un dispositivo de acción y cambio. En ellos, se da el espacio a pensar e incluir aquello que no había sido pensado y, por tanto, omitido.

Para la técnica a emplear en estos grupos, Dellarossa (1979) menciona los siguientes puntos:

- ❖ Detectar y mostrar los temas manifiestos que los miembros asumieron y trabajaron.
- ❖ Explicitar los conflictos latentes que dificultan el trabajo médico.
- ❖ Explicitar las leyes del funcionamiento de los grupos.
- ❖ Una vez explicitadas, hacer una conexión entre lo teórico aprendido y lo práctico vivido.

Considerando lo anterior, Dellarosa (1979) considera que se trata de un grupo de trabajo, debido al nivel intelectual que predomina en la discusión, pero con aspectos de grupo terapéutico, debido al contenido dramático en el cual predomina lo afectivo. A pesar de lo anterior, Dellarossa pone el énfasis en que, en estos grupos, se señalan los temas aportados, el éxito en el desarrollo y elaboración de ellos, con lo cual se rescata exclusivamente la capacidad de reflexionar de los miembros.

Cuando el coordinador considere que el grupo está tocando temas personales (independientes al tema central propuesto), es tarea de él lograr que los miembros del grupo pasen a ser observadores de lo que está sucediendo en la situación grupal y así den cuenta de aquello que han estado actuando. Además,

Capítulo 3. Grupos

debe buscar que la tensión del grupo sea óptima, no siendo mínima (lo que se refleja en un grupo apático, desinteresado y retraído) pero tampoco llegando a un límite máximo (con un grupo que manifiesta suspicacia, agresividad intensa y competencia destructiva). En este sentido, Dellarossa menciona que “el Grupo de Reflexión puede funcionar como tal, es decir, como un grupo apto para pensar y elaborar reflexiones, o puede descarriarse a otro nivel (burlador, protestatario) que solamente al ser superado permitirá encarar la tarea primordial del grupo” (pp. 85).

En concordancia con lo anterior, Dellarossa considera que el grupo de reflexión es una modalidad del grupo operativo, al cual define como grupo centrado en la tarea de aprender a pensar en la resolución de dificultades creadas y manifestadas en el campo grupal.

A pesar de las similitudes, el autor enfatiza que el grupo de reflexión “es como el negativo fotográfico del grupo terapéutico” (pp. 86, 1976) ya que, ante cualquier anécdota narrada, se apunta a un trabajo intelectual de su contenido y discusión de sus componentes. Por tanto, se privilegia el abordaje intelectual y afectivamente distante del material planteado, además de hacer hincapié en la necesidad de indagar.

En un primer momento, Dellarossa (1979) inició su trabajo como único coordinador del grupo. En un segundo momento, decidió hacerlo junto con un ayudante. En este nuevo esquema, la sesión duraría el mismo tiempo, dedicando una hora al trabajo con el coordinador y, los quince minutos restantes, serían dedicados a la escucha del ayudante y comentarios sobre su intervención.

La función del ayudante constituyó en hacer una síntesis de la sesión, mencionar los temas planteados, su profundidad, así como aquellos que fueron evitados. Además, retomaría los aspectos grupales sucedidos durante la sesión. Con esto, los miembros obtenían otra perspectiva del grupo y de ellos en el grupo, observando logros y limitaciones de la sesión, lo cual podrá ser de utilidad para la siguiente sesión.

Capítulo 3. Grupos

Relacionado con lo anterior, Dellarossa (1979) considera que puede ser de mayor utilidad el uso de dos ayudantes, los cuales alivien las tareas del coordinador. En este sentido, propone un ayudante externo al grupo y otro interno. El ayudante externo tendría las funciones antes mencionadas. El ayudante interno tendría la función de ayudar al coordinador en la facilitación de la reflexión.

Retomando las ideas del autor, en el presente trabajo se plantea el uso de dos coordinadores dentro del grupo y un terapeuta externo, al grupo, el cual tendría las funciones planteadas por Dellarossa (1979) con respecto al coordinador ayudante.

Capítulo 4. Método

Justificación

Generalmente, la literatura médica y psicológica suele abocarse al estudio de las diferentes enfermedades crónico-degenerativas, como lo son las demencias, las enfermedades mentales y orgánicas que causan un desgaste importante en la persona y, por lo cual, requieren diversos cuidados médicos. Los cuidados suelen ser dados en una institución de salud y rara vez es posible que personal médico capacitado los lleve a cabo en casa, por lo cual la familia se ve en la necesidad de tomar parte en la enfermedad y atender las necesidades de la persona en su hogar. Es en este punto donde entra el cuidador primario, figura de suma importancia en el día a día de la persona enferma. A pesar de esta importancia, el cuidador primario no suele ser estudiado a profundidad, ya que los apartados en los libros y las investigaciones son menos en comparación a los estudios de las enfermedades. En aquellos lugares donde son mencionados, los cuidadores primarios suelen ser estudiados para su posterior descripción (por ejemplo, Aguilar, 2012; Cedillo, 2013; Díaz, 2012; Flores y Arcos, 2011; Lara, 2007; Prieto-Miranda *et al.*, 2015; Ruíz, 2003) y menos son los estudios en los cuales se busca hacer una intervención sobre el cuidador primario (por ejemplo, Barroso, 2008; Expósito, 2010; López, 2015).

Debido a lo anterior, surge la importancia de darle un lugar al cuidador primario dentro de los espacios de atención sanitaria física y mental, con los objetivos de intervenir (al solucionar problemáticas y sentimientos generados por la situación de cuidado) y prevenir (al prevenir un desgaste importante que resulte en alguna enfermedad y que lo convierta en un usuario frecuente del sistema de salud).

Además, dada la gran cantidad del tiempo que los cuidadores primarios conviven con las personas cuidadas, es importante reconocer diversos aspectos involucrados en la relación que existe entre ambas partes, tanto del pasado como del presente.

Capítulo 4. Método

De esta manera, el presente trabajo propone una intervención grupal (lo cual optimiza los recursos humanos, de tiempo y espacio institucionales) para que los cuidadores primarios tengan un espacio para trabajar sentimientos relativos a la persona que cuidan (derivados tanto de la situación de cuidado como de la relación previa con la persona) y, de esta forma, vivan de diferente manera dicha situación. Además, el dispositivo propuesto puede resultar en una perspectiva más amplia de la situación, ya que dos co-terapeutas se encuentran dentro del grupo (y trabajando al mismo nivel) y un tercero como observador participante, lo cual le puede dar una perspectiva más amplia de la fenomenología grupal.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto de un grupo reflexivo sobre el duelo, la sobrecarga del cuidador y la calidad de vida en un grupo de cuidadoras primarias?

Objetivos

Objetivo general.

Evaluar el impacto de un grupo reflexivo sobre el duelo, la sobrecarga del cuidador y la calidad de vida en un grupo de cuidadoras primarias.

Objetivos específicos.

- Conformación de un grupo reflexivo de cuidadoras primarias.
- Evaluación previa mediante la aplicación de los instrumentos, que incluyen el Test de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF y Test de Duelo de Polo-Scott.
- Explorar, mediante la reflexión, la situación actual del cuidador primario.
- Explorar, mediante la reflexión, la relación presente y pasada del cuidador primario con el paciente.
- Aplicar el modelo de tareas del duelo propuesto por Worden (2004).
- Mediante la reflexión sobre la condición de cuidador primario y la elaboración del duelo, impactar en la sobrecarga del cuidador y la calidad de vida de las cuidadoras primarias.

Capítulo 4. Método

- Evaluación posterior mediante la aplicación de los instrumentos (Test de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF y Test de Duelo de Polo-Scott).
- Evaluar el impacto del grupo reflexivo en las cuidadoras primarias.

Hipótesis

La participación de las cuidadoras primarias en el grupo reflexivo facilitará la elaboración del duelo de la relación con la persona cuidada, lo cual impactará en la sobrecarga del cuidador y en la percepción de la calidad de vida.

Variables

Identificación de variables

- **Variable de selección.** Cuidador primario.
- **Variables Dependientes.** Sobrecarga del cuidador, calidad de vida y duelo.
- **Variable Independiente.** Grupo reflexivo de cuidadoras primarios.

Definición las variables

a) Cuidador primario.

- *Definición conceptual.* Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Prieto-Miranda *et al.*, 2015).
- *Definición operacional.* Mujeres que se encuentran o se encontraron al cuidado de algún familiar o persona cercana con una condición incapacitante y/o enfermedad crónico-degenerativa.

b) Duelo.

- *Definición conceptual.* Aquello que ocurre no solo ante la muerte de un ser querido, sino ante cualquier pérdida, e implica un proceso y reconocimiento del papel que juegan las

representaciones o significados, las respuestas experimentadas, el proceso propio de cada individuo, así como las cualidades positivas que pueden obtenerse y la capacidad de adaptación y afrontamiento (Montes, 2011).

- *Definición operacional.* Se utilizó el Test de Duelo de Polo-Scott para evaluar el duelo. Éste toma en cuenta el duelo en cuatro áreas: física, psicológica, social y espiritual y los clasifica en ausencia de duelo, rasgos de duelo, duelo moderado y duelo profundo.

c) Sobrecarga del cuidador.

- *Definición conceptual.* Se refiere al agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado de un paciente con alguna discapacidad. También se relaciona con dificultades en la salud física, lo cual se debe a la acumulación de estresores ante los cuales el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento (Muñoz-Campos *et al.*, 2015).
- *Definición operacional.* La sobrecarga del cuidador fue evaluada mediante la aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, la cual agrupa los resultados en ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera y sobrecarga intensa.

d) Calidad de vida.

- *Definición conceptual.* Es un estado de satisfacción general que deriva de la realización de las potencialidades de la persona. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Posee tanto aspectos subjetivos (intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida y la productividad personal) como objetivos (bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida) (Ardilla, 2003).
- *Definición operacional.* Esta variable fue evaluada mediante la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-

BREF que contiene una pregunta de calidad de vida global, una pregunta de calidad de la salud global y los reactivos restantes correspondientes a la calidad de vida en el área física, psicológica, de relaciones sociales y del ambiente. Los resultados son convertidos a porcentajes.

e) Grupo reflexivo.

- *Definición conceptual.* Se refiere al grupo que se dirige hacia un objeto (o tema), lo aprehende, comprender su significado dentro de la situación, lo desbroza e incluye la carga emocional y los significados que ésta agrega (Dellarossa, 1979).
- *Definición operacional.* Grupo conformado por las cuidadoras primarias y por tres terapeutas. Dos terapeutas (el autor del presente trabajo y una terapeuta que trabajaron al mismo nivel) tomaron lugar dentro del grupo participando a lo largo de la sesión, mientras que un tercer terapeuta realizó un resumen de la sesión e integró los aspectos grupales y comunes a las cuidadoras primarias. Las sesiones son de frecuencia semanal y con una duración de aproximadamente 90 minutos. A pesar de que el presente trabajo se referirá al grupo estudiado como grupo reflexivo, éste presentó algunos de los aspectos utilizados por Dellarossa (1979), más no todos. Por ejemplo, las intervenciones no fueron propiamente psicoanalíticas, incluso llegando a ser psicoeducativas en ocasiones. Además, las sesiones tuvieron mayor estructura comparado con lo mencionado por el autor.

Tipo y diseño de investigación

El presente estudio se trata de un estudio pre-experimental con diseño pre-test/post-test con un solo grupo. El análisis será tanto cualitativo como cuantitativo, para el cual se utilizó una t de Student para muestras dependientes.

Capítulo 4. Método

Escenario

El presente estudio se llevó a cabo en un Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM entre abril y junio del 2016. El propósito del Centro es brindar apoyo psicológico principalmente a la comunidad en la cual se encuentra inmerso. Dicha comunidad, ubicada al sur de la Ciudad de México, es predominantemente de clase y escolaridades bajas. Debido a lo anterior, el Centro ofrece atención individual en general, así como grupos y talleres breves, los cuales buscan tocar temas relevantes para la comunidad. Para acceder a dichos servicios, el Centro tiene los siguientes procedimientos:

- En un primer momento, el Centro tiene fechas específicas a lo largo del año para realizar un pre-registro. Una vez realizado, el consultante asiste a una sesión informativa, donde hay una difusión de los talleres (en caso de que alguno se interese por alguno de ellos, se les ofrece la inscripción). Mientras tanto, los consultantes permanecen en una lista de espera para que sean llamados a una entrevista inicial y posteriormente canalizados a algún servicio de psicoterapia.
- Otra opción es el acceso directo a los talleres y actividades grupales ofrecidas de manera directa por el Centro. Dichas actividades son difundidas en el Centro y la comunidad mediante volantes y carteles. Si alguna persona se encuentra interesada, llama para inscribirse a la actividad.

Muestreo

El muestreo del presente estudio fue no probabilístico intencional, debido a que los sujetos asistieron de forma voluntaria en respuesta a la convocatoria al grupo reflexivo (el cual fue difundido tanto en el Centro Comunitario como en lugares a los que pudieran concurrir las cuidadoras primarias, incluidos centros de salud y hospitales de distintos niveles) y solo se permitió la participación de aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión.

Criterios de selección

Criterios de inclusión.

- Mujeres entre 40 y 75 años de edad que estén o hayan estado a cargo de una persona con enfermedad crónico-degenerativa o dependiente para realizar actividades de la vida diaria.
- Ser o haber sido cuidadora primaria informal principal.

Criterios de exclusión.

- Hombres cuidadores primarios.
- Cuidadores primarios formales.

Sujetos

La muestra estará constituida por mujeres cuidadoras primarias con edades entre 40 y 75 años que se encuentran o hayan estado al cuidado de una persona con alguna situación incapacitante y/o enfermedad crónico-degenerativa.

Instrumentos de evaluación

Test de Duelo de Polo-Scott

Este instrumento mide el aquí y ahora de la situación que la persona vive a partir de una pérdida significativa desde las cuatro áreas más importantes del desarrollo humano. Éstas son el área psicológica, área social, área física y área espiritual.

El instrumento consta de 40 preguntas, divididas en cuatro factores, los cuales se refieren a las áreas antes mencionadas. El área psicológica y social constan de 12 reactivos cada una, mientras que las áreas física y espiritual constan de 8 reactivos. Se utiliza una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: totalmente de acuerdo con 5, de acuerdo con 4, indiferente con 3, en desacuerdo con 2 y totalmente en desacuerdo con 1.

Las preguntas que incluye cada factor son las siguientes:

Capítulo 4. Método

- **Área psicológica.** P4, P8, P11, P16, P17, P20, P24, P27, P33, P36, P38, P39.
- **Área social.** P1, P2, P5, P6, P12, P15, P19, P23, P26, P29, P34, P37.
- **Área física.** P7, P10, P13, P18, P22, P25, P30, P32.
- **Área espiritual.** P3, P9, P14, P21, P28, P31, P35, P40.

Para la evaluación, se realiza una sumatoria de cada uno de los factores y, con la intención de valorar las cuatro áreas con los mismos porcentajes, se estableció un coeficiente (.66) en las áreas psicológica y social. Los resultados de 8 a 16 implican que no hay síntomas de duelo, de 17 a 24 implican que hay rasgos de duelo, de 25 a 32 implican que hay un duelo moderado y los resultados de 33 a 40 implican un duelo profundo.

Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit

La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit fue desarrollada por Steven Zarit en 1983, partiendo del modelo biopsicosocial del estrés (Prieto-Miranda *et al.*, 2015). Esta escala es una prueba psicométrica de calificación objetiva que evalúa la presencia o ausencia de sobrecarga del cuidador de personas dependientes, medida en grados, tomando en la capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente al cuidado (Romero y Cuba, 2013). Cada reactivo es asignado con una puntuación de 1 a 5 y al final se realiza la suma de los mismos. De acuerdo con dicha sumatoria, se designa: 1) ausencia de sobre carga (≤ 46 puntos), 2) sobrecarga ligera (47-55 puntos) y 3) sobrecarga intensa (≥ 56 puntos) (Muñoz-Campos, Lozano-Nuevo, Huerta-Ramírez, Escobedo-de la Cruz, Torres-Reyes y Loaiza-Félix, 2015; Sánchez *et al.*, 2016).

Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF

El instrumento se desarrolló con el énfasis puesto en la calidad de vida de la persona. Por tanto, éste proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Está diseñado para ser usado en la población general como en pacientes.

Capítulo 4. Método

Las preguntas contenidas en el WHOQOL son auto evaluativas de la calidad de vida de las personas. Éste fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de 30 lenguas en más de 40 países.

Existen dos versiones validadas al español de este cuestionario auto-administrado: el WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF. Este último contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100, y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicología, relaciones sociales y ambiente.

El área física se refiere a actividades de la vida cotidiana, movilidad, energía y fatiga, sueño y descanso, enfermedades y dependencias de sustancias medicinales y capacidad para trabajo. El área psicológica se refiere a la imagen corporal y apariencia, sentimientos positivos y negativos, autoestima, espiritualidad/religión de pensamientos personales, cognición, aprendizaje, memoria y concentración. El área de las relaciones sociales se refiere a las relaciones interpersonales, el apoyo social y la actividad sexual. Por último, el área del ambiente se refiere a los recursos económicos, la libertad y seguridad, el acceso y calidad de salud pública, ambiente en el hogar, oportunidades para adquirir nuevas habilidades e información, participación en actividades recreativas, ambiente físico y transporte.

El WHOQOL-BREF produce un perfil con 4 factores y dos ítems individuales sobre la percepción de la calidad de vida y salud. Los cuatro factores son puntuados en una dirección positiva del 0 al 100, correspondiendo los puntajes más altos a una mayor calidad de vida. Así también, los dos ítems individuales son escalados en una dirección positiva, con una puntuación del 1 al 5, los puntajes más altos denotan una alta calidad de vida. Estos dos ítems corresponden a la pregunta uno, que evalúa la calidad de vida global percibida, y la pregunta dos, que evalúa la percepción de salud percibida.

Capítulo 4. Método

Para calcular los puntajes de cada factor, se suman los puntajes obtenidos en cada pregunta de la siguiente manera:

- **Salud física.** $[6-(P3)] + [6-(P4)] + P10 + P15 + P16 + P17 + P18$
- **Salud psicológica.** $P5 + P6 + P7 + P11 + P19 + [6-(P26)]$
- **Relaciones sociales.** $P20 + P21 + P22$
- **Ambiente.** $P8 + P9 + P12 + P13 + P14 + P23 + P24 + P25$

Es importante tomar en cuenta que la P se refiere a la pregunta y el número al número de pregunta. Por ejemplo, P20 se refiere a la pregunta 20.

Las puntuaciones crudas son convertidas a porcentaje 0-100 con base en las tablas propuestas por la OMS (véase Anexo A).

Procedimiento

1. Se realizó una extensa revisión bibliográfica para conformar el marco teórico con base en los objetivos general y específicos del presente trabajo.
2. Se realizaron las cartas descriptivas que guiaron las sesiones del grupo reflexivo, tomando en cuenta que éste duraría 10 sesiones.
3. Se realizó la convocatoria al grupo reflexivo mediante carteles y volantes en centros donde pudieran ser vistos por las cuidadoras primarias (como hospitales y centros de salud), así como en centros de atención psicológica de la Facultad de Psicología.
4. Al comienzo del grupo reflexivo, se hizo una primera evaluación mediante los instrumentos antes mencionados.
5. Durante el trabajo grupal, asistieron 5 cuidadoras primarias en la primera sesión, incorporándose otras cuatro durante la segunda sesión. Se trabajó durante 10 sesiones semanales de 90 minutos aproximadamente. A la última sesión asistieron 6 cuidadoras primarias, teniendo una sesión individual con una séptima, para realizar un cierre del espacio grupal.

Capítulo 4. Método

6. Se aplicaron los instrumentos mencionados para obtener una evaluación posterior.
7. Se describieron las sesiones mediante una nota de sesión grupal y un análisis por sesión de cada cuidadora primaria, retomando la sobrecarga del cuidador, la calidad de vida y el duelo.
8. Se anañizaron los resultados, tanto a nivel cuantitativo (mediante una t de Student) como cualitativo (que incluye el análisis grupal e individual de las sesiones).

Capítulo 5. Resultados

A continuación, se reportarán los resultados encontrados en el presente estudio, tomando en cuenta las características sociodemográficas y los resultados de los instrumentos. Con respecto a dichos resultados, se hará una comparación gráfica y estadística del pretest y postest. Por último, se hará un análisis cualitativo, del grupo reflexivo por un lado y de cada una de las consultantes por el otro. Para el análisis cuantitativo, en las variables sociodemográficas (edad, estado civil, parentesco, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico) y referentes a las tareas del cuidado, se utilizaron los datos de las nueve consultantes iniciales. Sin embargo, para el análisis posterior (tanto cuantitativo como cualitativo) se utilizaron los datos de las siete consultantes que terminaron el grupo reflexivo y contestaron nuevamente los instrumentos.

Análisis cuantitativo

La muestra estuvo compuesta por 9 cuidadoras primarias informales de diferentes parientes con distintas condiciones de salud, que asistieron al grupo reflexivo en un Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Sexo, edad, estado civil y parentesco

A continuación se presentarán los resultados, mostrando primero las gráficas correspondientes a las variables, seguidos de una descripción de la misma.

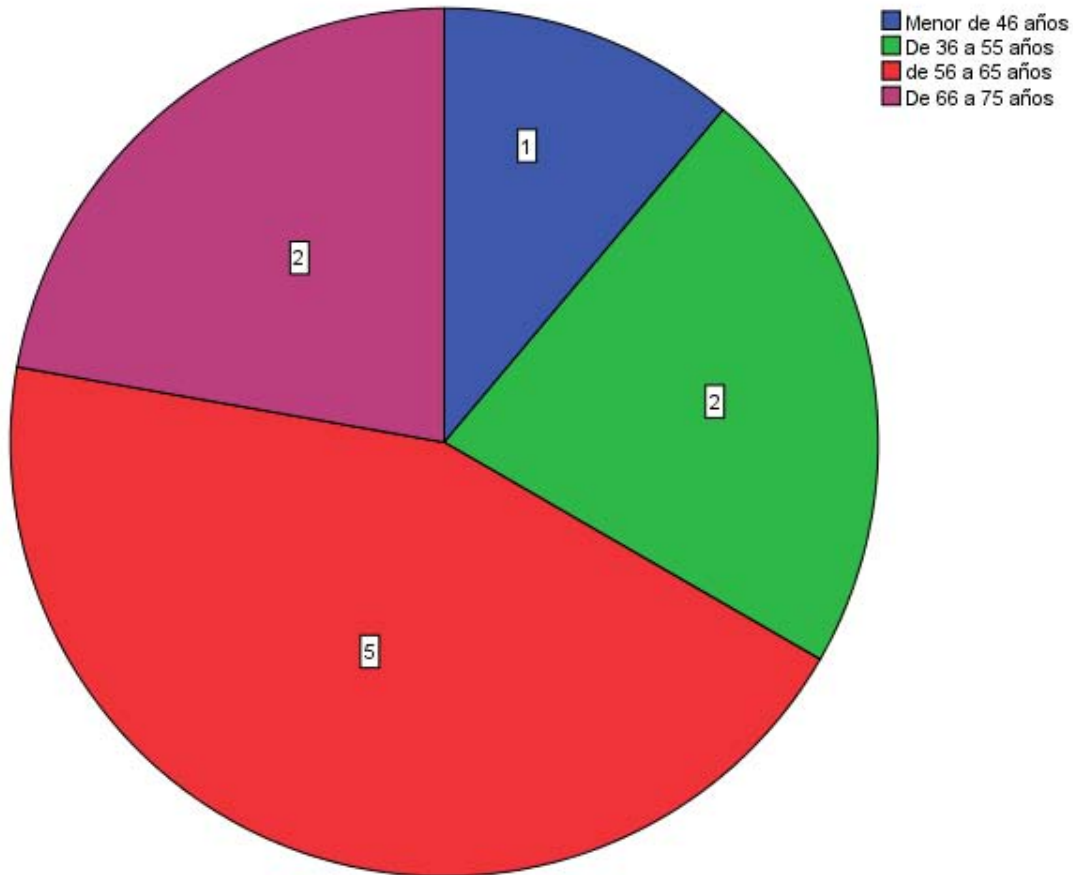


Figura 1. Rango de edades.

La muestra estuvo compuesta exclusivamente por mujeres. Con respecto a la edad de las cuidadoras primarias, se encontró que cuatro consultantes se encontraban en el rango de 56 a 65 años, mientras que dos consultantes entraron en el rango de 46 a 55 años y otras dos consultantes al rango de 66 a 75 años. La última consultante fue menor de 46 años. Las cuidadoras primarias se encontraron entre los 45 y los 73 años de edad (Figura 1).

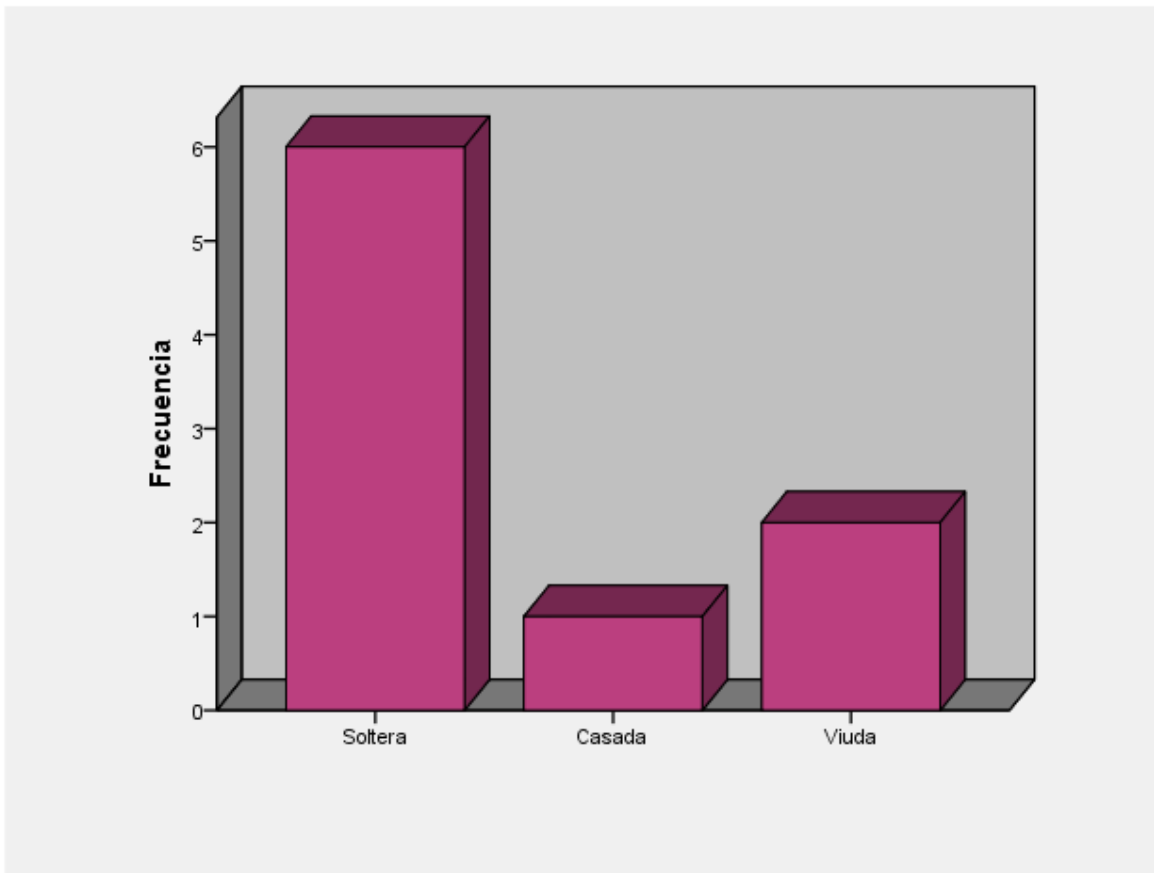


Figura 2. Estado civil.

De la población, seis de las cuidadoras primarias fueron solteras, mientras que dos de ellas fueron viudas, mientras que otra de ellas reportó estar casada (Figura 2).

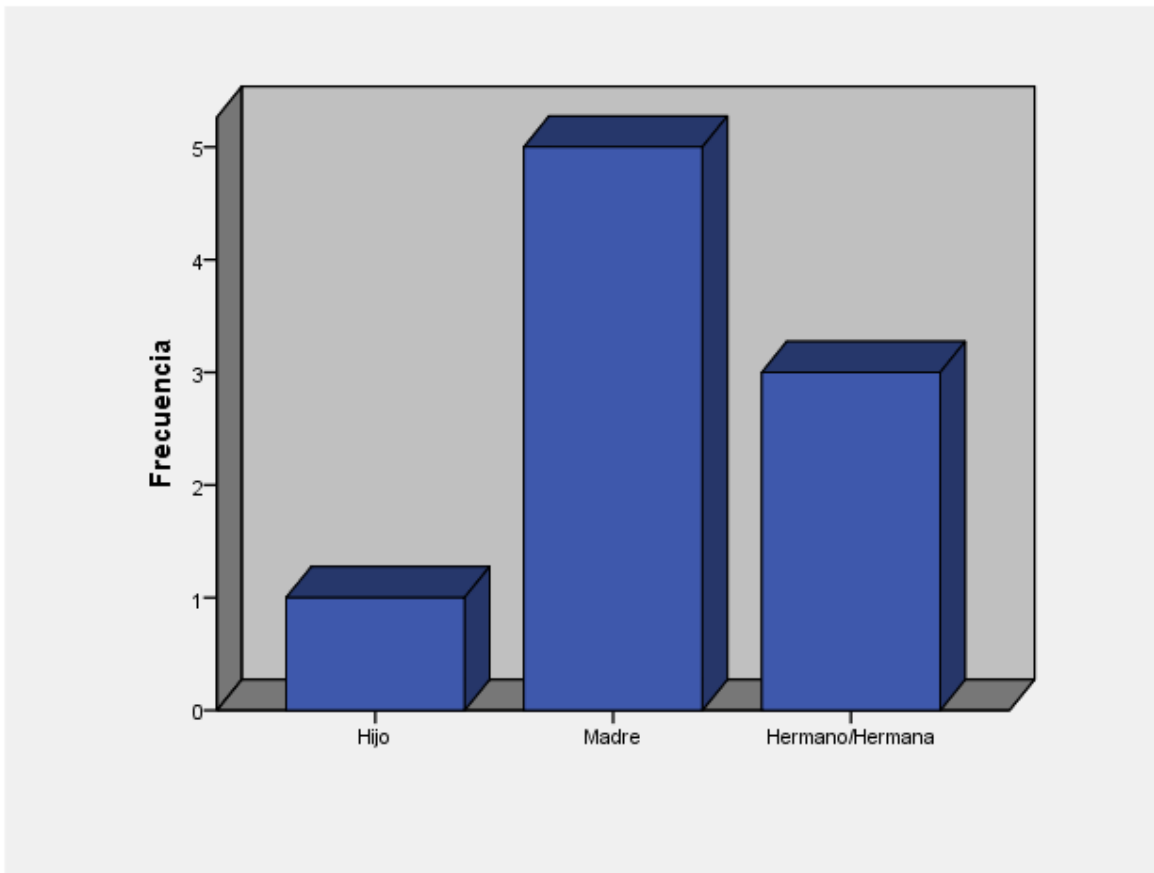


Figura 3. Parentesco con la persona cuidada.

Sobre el parentesco de las cuidadoras primarias con la persona cuidada, se encontró que cinco consultantes se encuentran cuidando a su madre, mientras que tres consultantes cuidan de su hermano o hermana. Por su parte, una consultante cuida de su hijo (figura 3).

Escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico

Con respecto al grado académico de las cuidadoras primarias, dos consultantes cuentan con estudios de primaria, otras dos cuidadoras cuentan con estudios de secundaria, otras dos consultantes concluyeron el bachillerato, mientras que otras dos cuidadoras primarias cuentan con una licenciatura y una consultante cuenta con una carrera técnica (Figura 4).

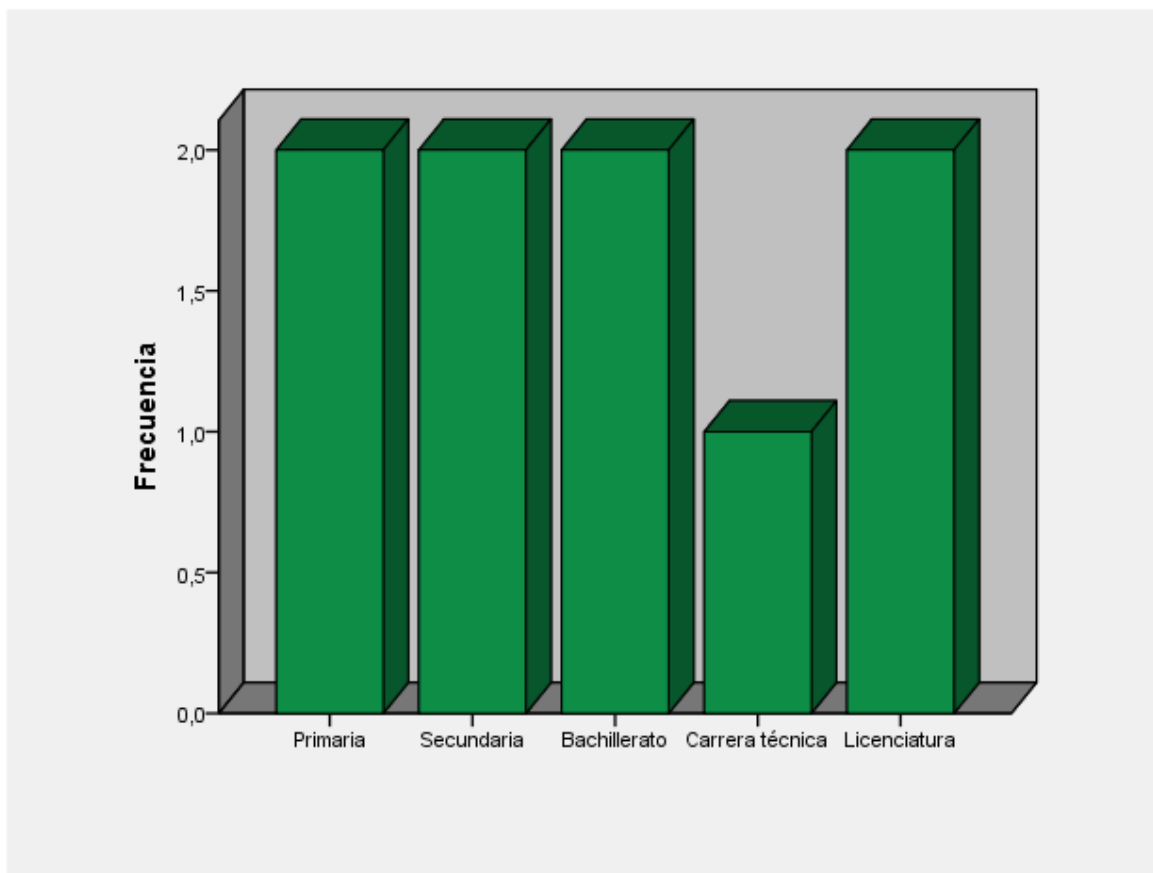


Figura 4. Escolaridad.

Capítulo 5. Resultados

Con respecto a la ocupación, además de las tareas de cuidado, el 55.6% de las cuidadoras primarias (cinco consultantes) se dedican a labores del hogar, el 22.2% de ellas (dos consultantes) reportaron dedicarse exclusivamente al cuidado, el 11.1% (una consultante) se dedican a la enfermería y el 11.1% restante es secretaria (Figura 5).

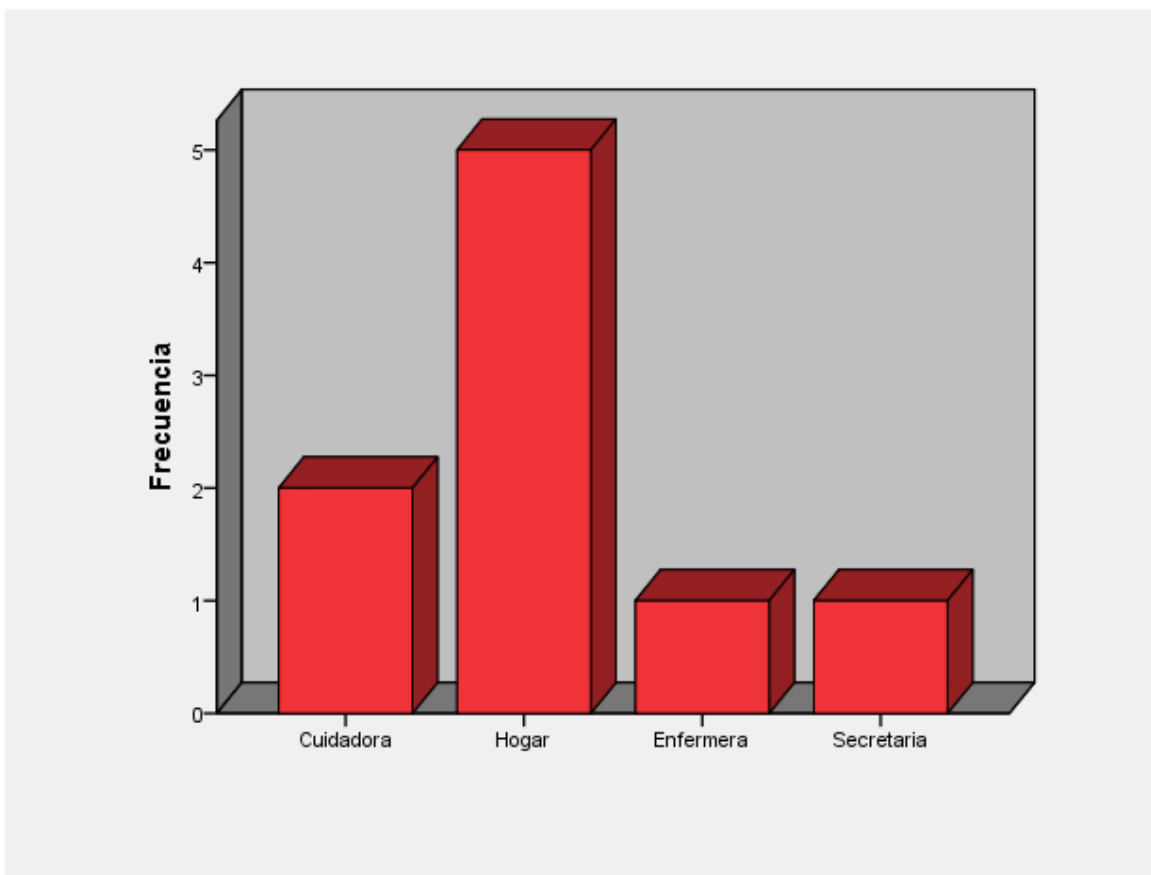


Figura 5. Ocupación

Capítulo 5. Resultados

De las consultantes, cinco de ellas tienen un ingreso económico de \$3,000 a \$6,000 mensuales, mientras que dos consultantes perciben menos de \$3,000, percibiendo las dos cuidadoras restantes un ingreso mensual entre los \$6,000 y \$10,000 (Figura 6).

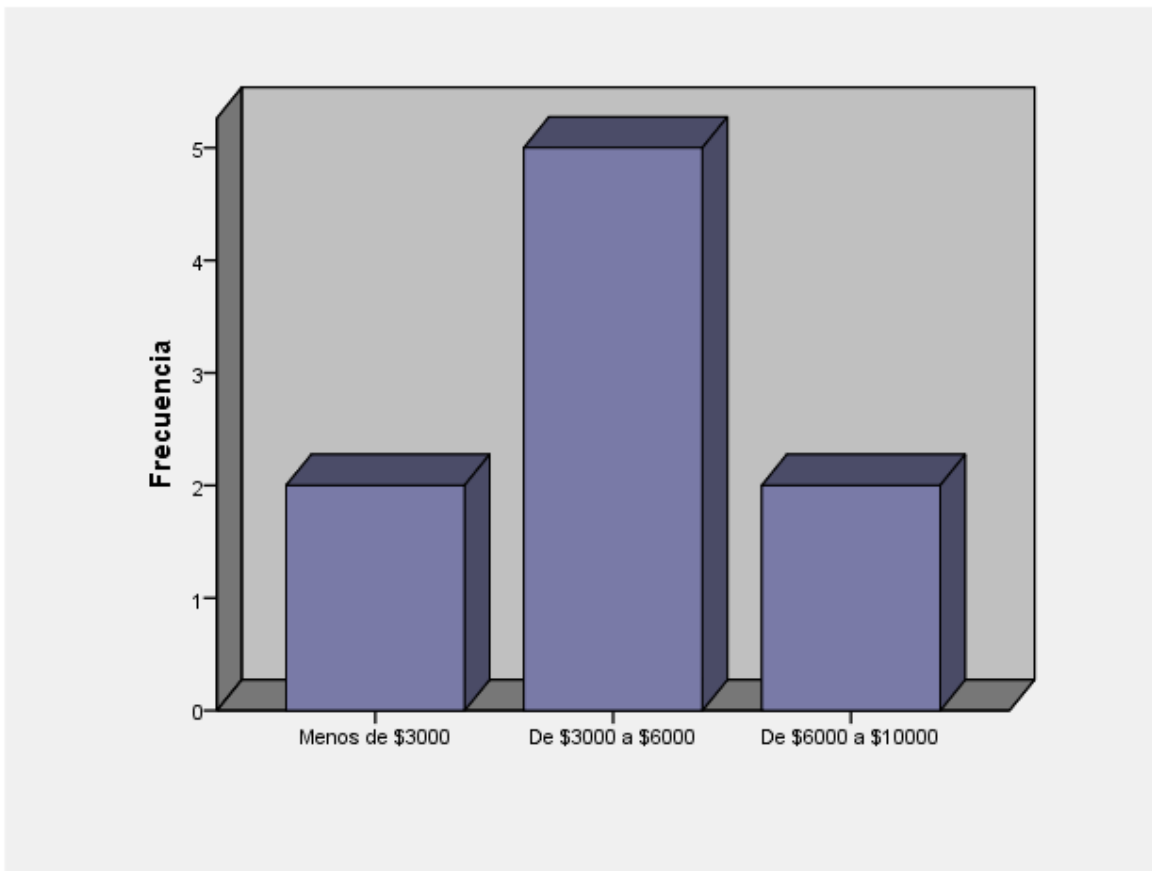


Figura 6. Ingresos económicos mensuales.

Tareas de cuidado

Con respecto al tiempo que las cuidadoras primarias han llevado a cabo las tareas del cuidado, se agruparon a las cuidadoras primarias en seis rangos distintos. En este sentido, tres consultantes han llevado a cabo tareas de cuidado de 5 a 7 años, mientras que dos de las cuidadoras llevan realizando dichas tareas de 2 a 4 años, mientras que una consultante se encontró en el rango de un año, otra consultante en el rango de 11 a 13 años, otra consultante de 14 a 16 años y otra consultante en el rango de 29 a 31 años.

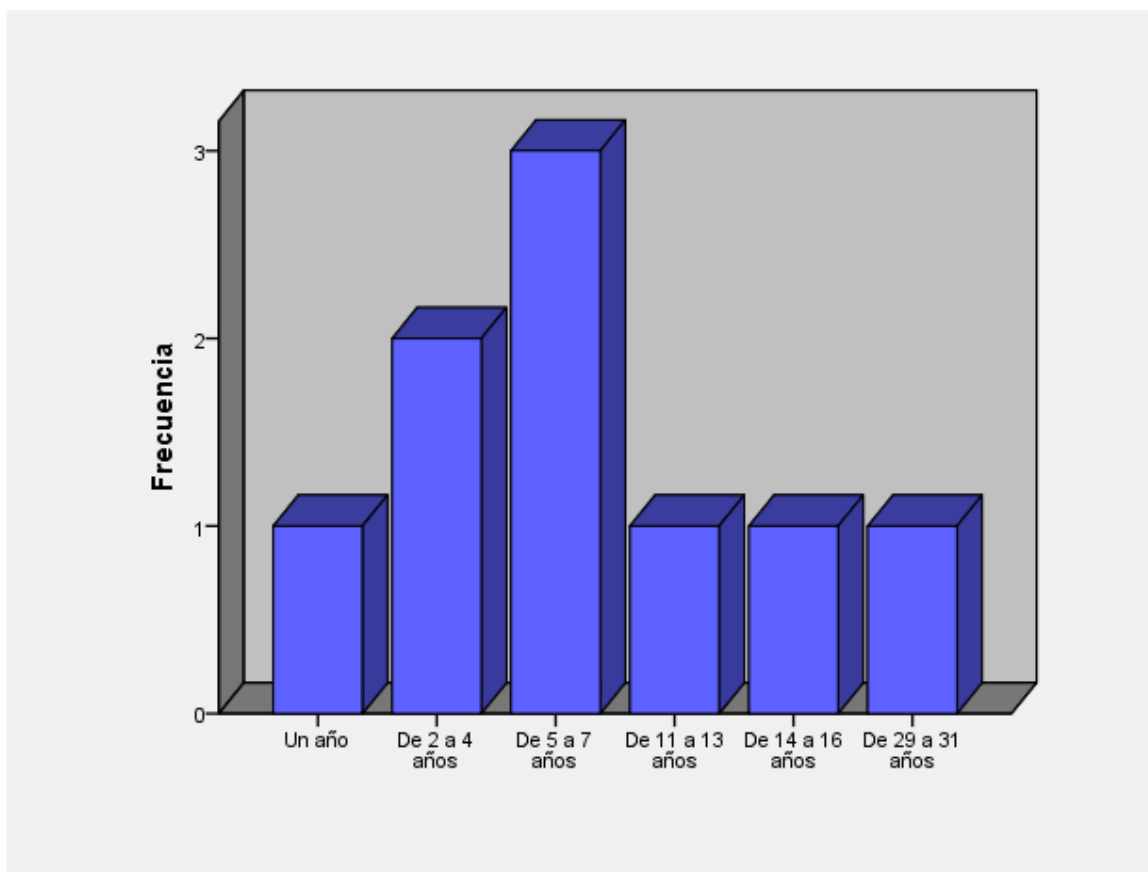


Figura 7. Tiempo que ha sido cuidador primario.

Capítulo 5. Resultados

Relacionado con lo anterior, y similar a la agrupación hecha en la variable anterior, se encontró que cuatro de las cuidadoras realiza las tareas de cuidado por más de 19 horas al día. Por su parte, dos consultantes dedican de 13 a 18 horas diarias a estas tareas, mientras que otras dos consultantes dedican de 7 a 12 horas. Por último, otra de ellas dedica de 1 a 6 horas diarias a las labores de cuidado (Figura 8).

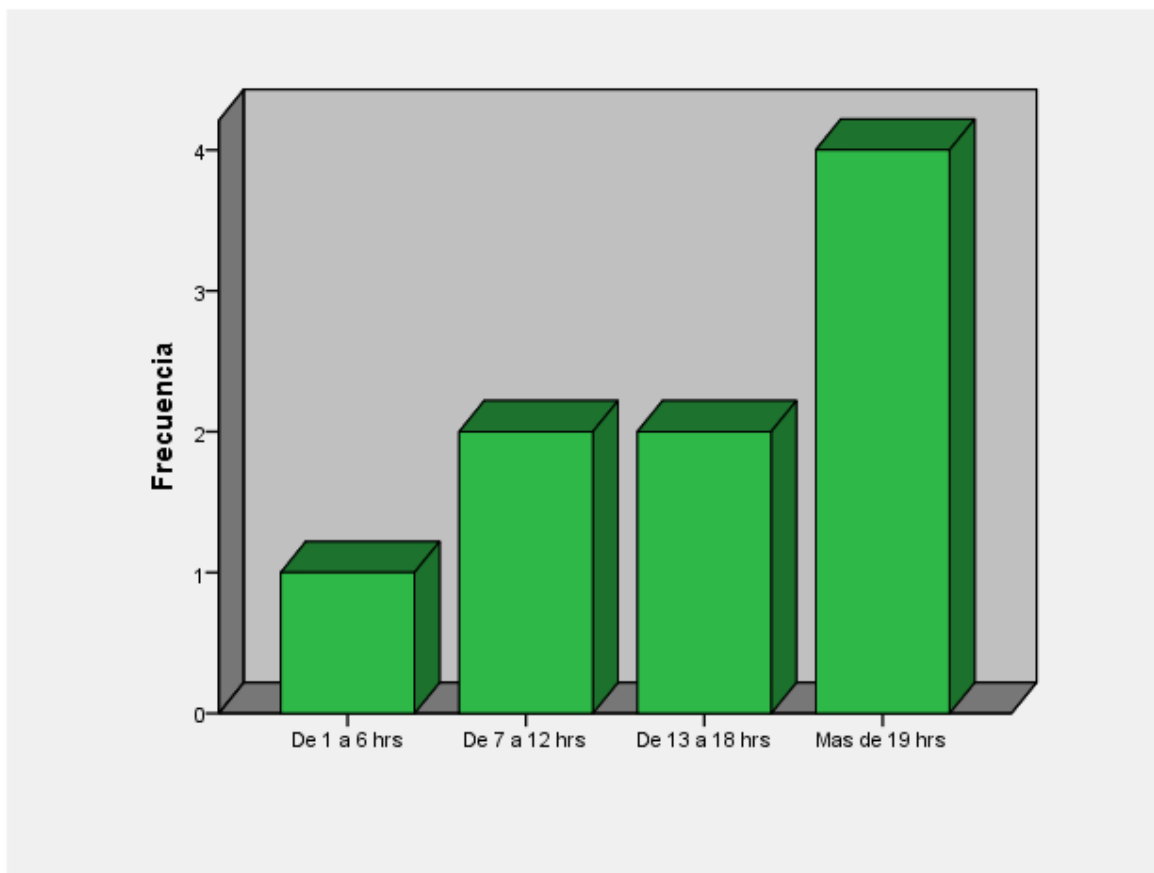


Figura 8. Horas dedicadas a las tareas de cuidado.

Capítulo 5. Resultados

Sobre la decisión de cuidar a la persona, se encontró que siete de las cuidadoras decidió voluntariamente llevar a cabo dichos cuidados. Otra de ellas realiza los cuidados porque la persona se lo pidió y la otra consultante mencionó realizarlos por otro motivo, ya que es la madre de la persona cuidada (Figura 9).

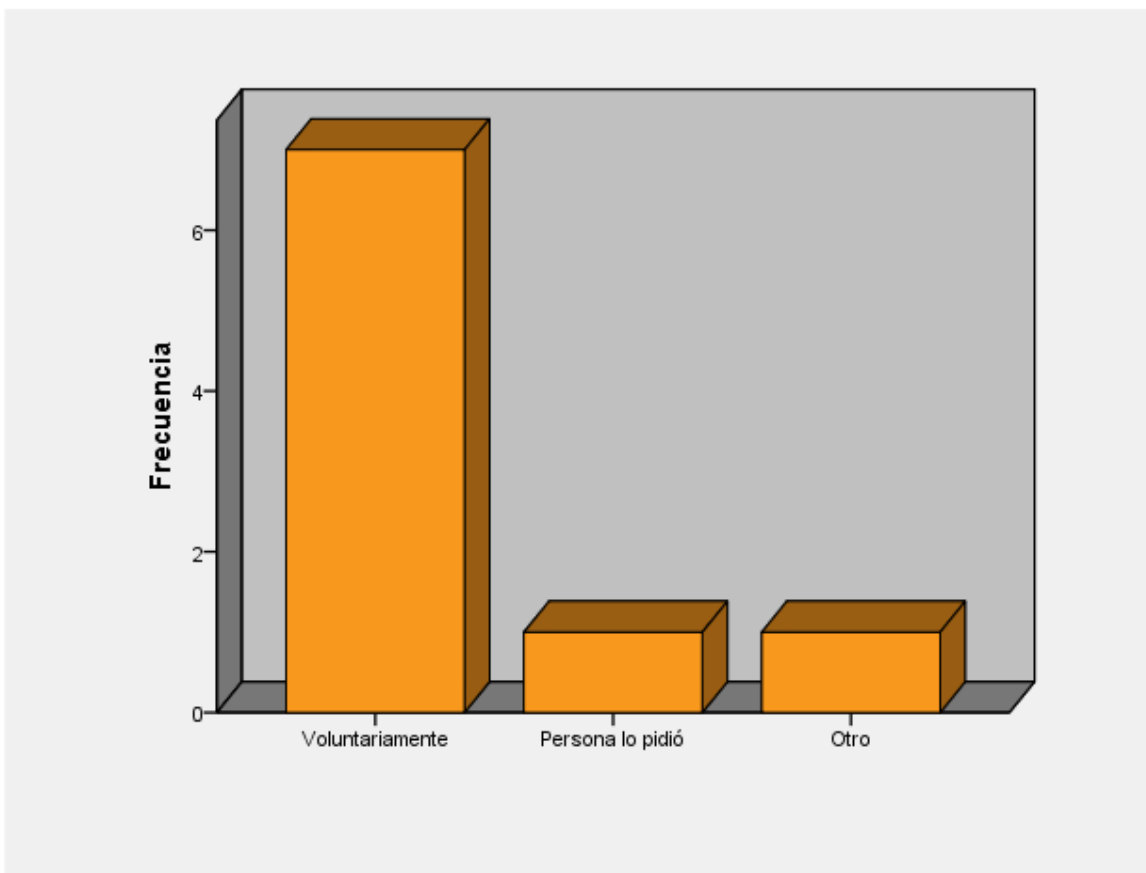


Figura 9. Decisión de ser cuidadora primaria.

Capítulo 5. Resultados

Aunado a lo anterior, se encontró que cuatro cuidadoras no comparten el cuidado con otra persona, mientras tres consultantes lo comparten con una persona contratada y dos consultantes lo comparten con uno o más familiares (Figura 10).

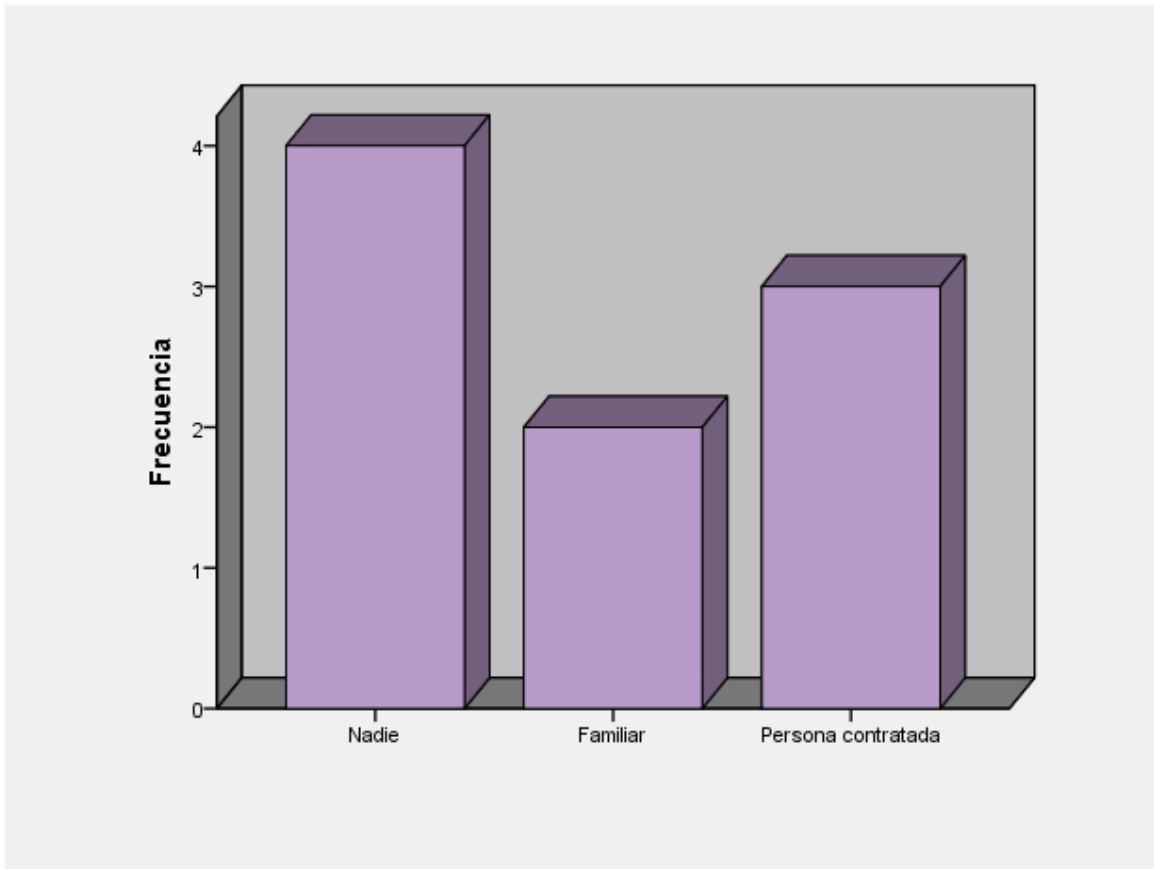


Figura 10. Cuidados compartidos con alguien.

Instrumentos

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados. Se presentarán los resultados de la Escala de Sobrecarga del Cuidador y las subescalas del Test de Duelo y Cuestionario WHOQOL-BREF, incluyendo una gráfica con los resultados del pretest y el postest, acompañados por una tabla con los resultados de la prueba t de Student.

Capítulo 5. Resultados

En la mayoría de los resultados presentados a continuación, se encontraron cambios (por ejemplo, una disminución en la cantidad de pacientes con duelo físico). Sin embargo, no todas las pacientes presentaron una disminución de un rango a otro. Debido a esto, en otro apartado se analizan los resultados obtenidos por cada una de las consultantes.

Test de Duelo de Polo-Scott.

A continuación, se presentan los resultados del pretest y postest del Test de Duelo de Polo-Scott, los cuales se encuentran divididos en las cuatro subescalas mencionadas por el autor, a saber, Duelo Social, Duelo Psicológico, Duelo Físico y Duelo Espiritual.

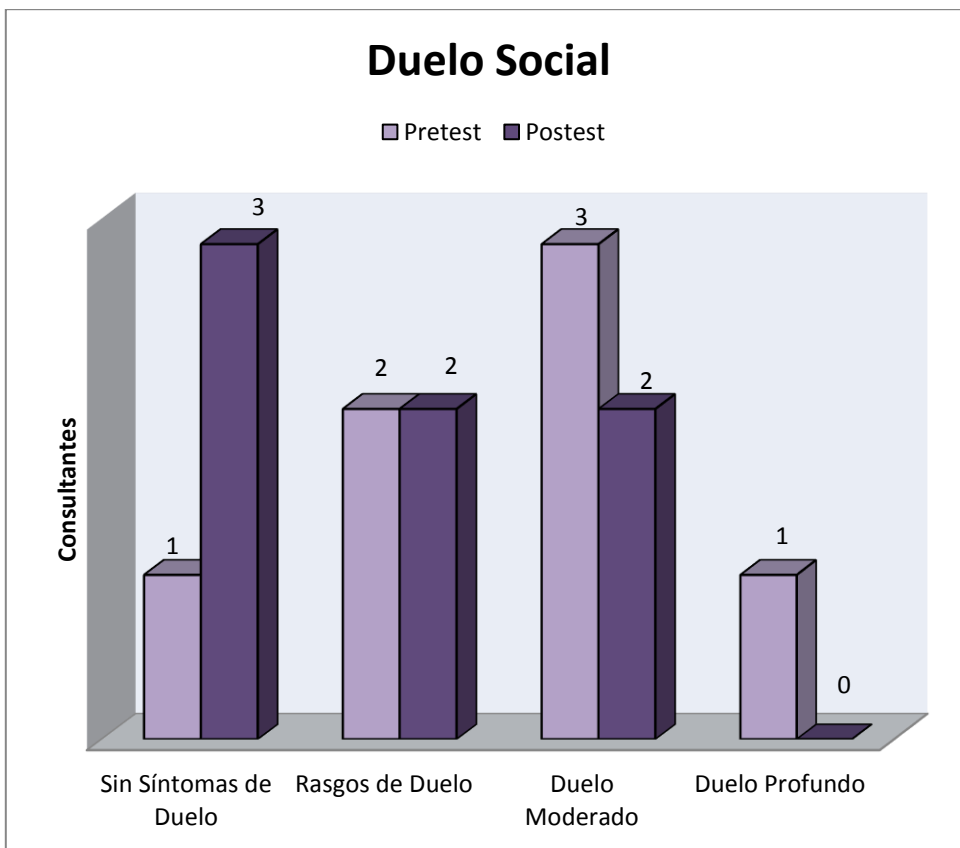


Figura 11. Comparación pretest y postest del Duelo Social agrupado por resultados.

Con respecto a la subescala de Duelo Social, se encontró que, al inicio del grupo reflexivo, una cuidadora primaria no mostró síntomas de duelo, dos

Capítulo 5. Resultados

consultantes mostraron rasgos de duelo, tres cuidadoras primarias mostraron un duelo moderado y una consultante mostró un duelo profundo. Al término del grupo reflexivo, tres cuidadoras primarias no mostraron síntomas de duelo, dos consultantes mostraron rasgos de duelo y otras dos manifestaron un duelo moderado.

Tabla 8. Prueba t-Student Pretest y Postest de la subescala Duelo Social del Test de Duelo

	Pretest (Media)	Postest (Media)	t	Sig.(bilateral)
Duelo Social	25,83	19,23	-3,873**	,008**

$p \leq 0,01^{**}$

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($t=-3,873$, $p \leq 0,01$) al comparar las medias del inicio del grupo reflexivo ($\bar{x}=25,83$) y el término del mismo ($\bar{x}=19,23$). El hecho de que la media del inicio del grupo sea mayor que la del final indica que las consultantes manifestaron menos indicadores de duelo social al término del grupo reflexivo en comparación al inicio de este grupo.

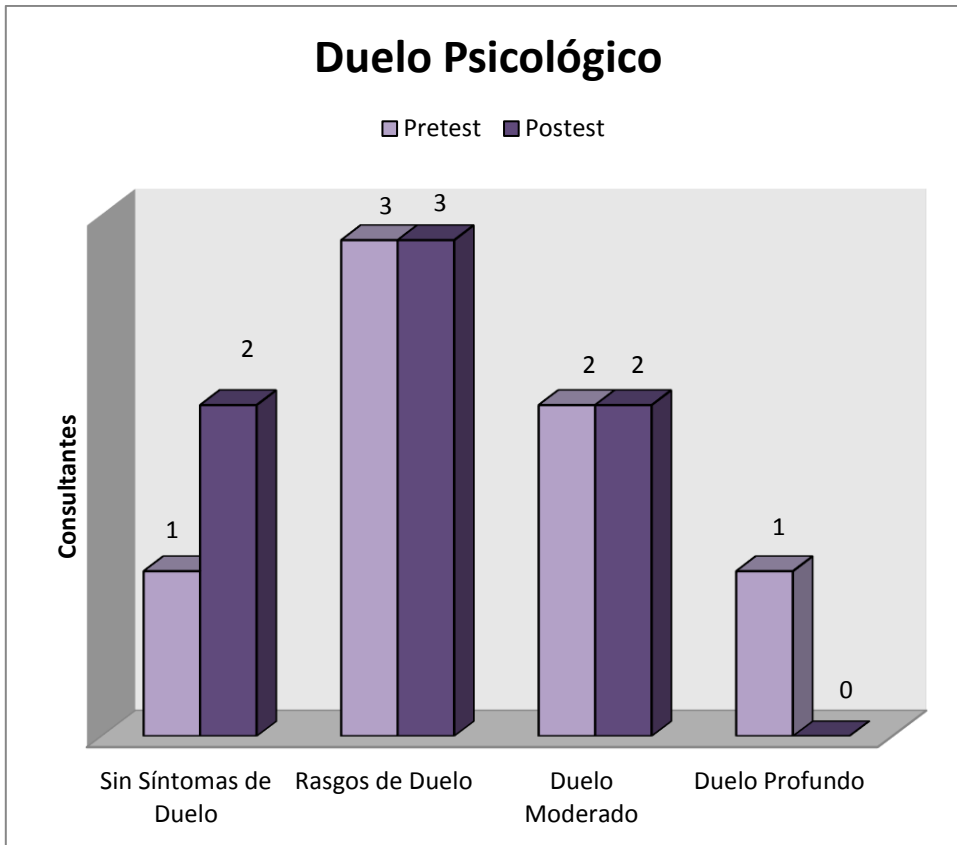


Figura 12. Comparación pretest y posttest del Duelo Psicológico agrupado por resultados.

Con respecto al Duelo Psicológico, al inicio del grupo reflexivo, una consultante no mostró síntomas de duelo, tres consultantes mostraron rasgos de duelo, dos consultantes mostraron un duelo moderado y otra consultante mostró un duelo profundo. Al término del grupo reflexivo, dos de las cuidadoras no mostraron síntomas de duelo, tres de ellas mostraron rasgos de duelo, mientras que dos de las cuidadoras presentaron un duelo moderado.

Tabla 9. Prueba t-Student Pretest y Posttest de la subescala Duelo Psicológico del Test de Duelo

	Pretest (Media)	Posttest (Media)	t	Sig.(bilateral)
Duelo Psicológico	23,1	19,05	2,258	0,065

$p \leq 0,05^*$

Capítulo 5. Resultados

Al realizar la comparación entre las medias de esta subescala, se encontró que la diferencia entre las medias del inicio del grupo reflexivo ($\bar{x}=23,1$) y la media del final del grupo reflexivo ($\bar{x}=19,05$) no fueron estadísticamente significativas, lo cual indica que las consultantes no mostraron cambios significativos con respecto al duelo psicológico. Sin embargo, la cercanía del resultado con la significancia estadística puede estar indicando una tendencia hacia la reducción del duelo psicológico en las cuidadoras primarias. Esto es retomado cuando en el apartado que se describe el proceso grupal.

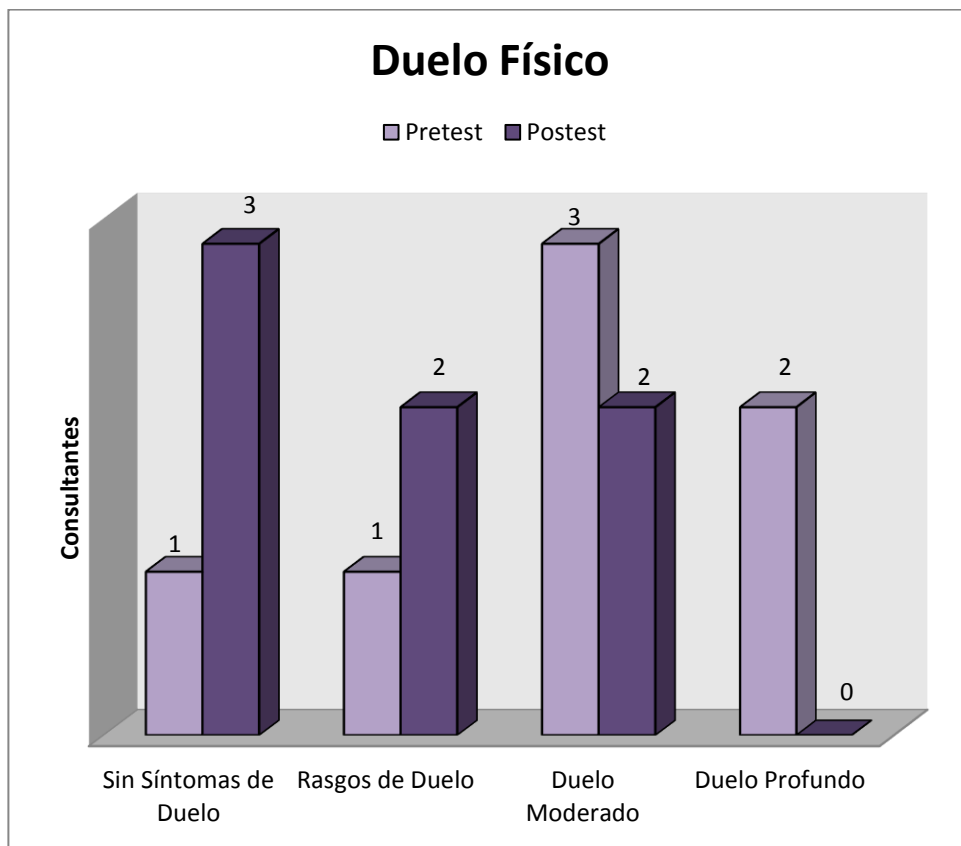


Figura 13. Comparación pretest y postest del Duelo Físico agrupado por resultados.

Con respecto al Duelo Físico, una consultante no presentó síntomas de duelo, otra consultante presentó rasgos de duelo, tres de ellas presentaron duelo moderado, mientras que dos consultantes mostraron un duelo profundo. Al término del grupo reflexivo, tres de las cuidadoras no presentaron síntomas de duelo,

Capítulo 5. Resultados

mientras que dos de ellas presentaron rasgos de duelo y otra dos presentaron un duelo moderado.

Tabla 10. Prueba t-Student Pretest y Postest de la subescala Duelo Físico del Test de Duelo

	Pretest (Media)	Postest (Media)	t	Sig. (bilateral)
Duelo Físico	26,43	20,71	5,164**	,002**

$p \leq ,01^{**}$

Al realizar la comparación entre las medias, se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($t= 5,164$, $p \leq ,01$) obteniendo una media mayor en la primera medición ($\bar{x}=26,43$) en comparación con la segunda medición ($\bar{x}=20,71$) lo cual indica que las cuidadoras primarias mostraron menos indicadores de duelo físico al término del grupo reflexivo.

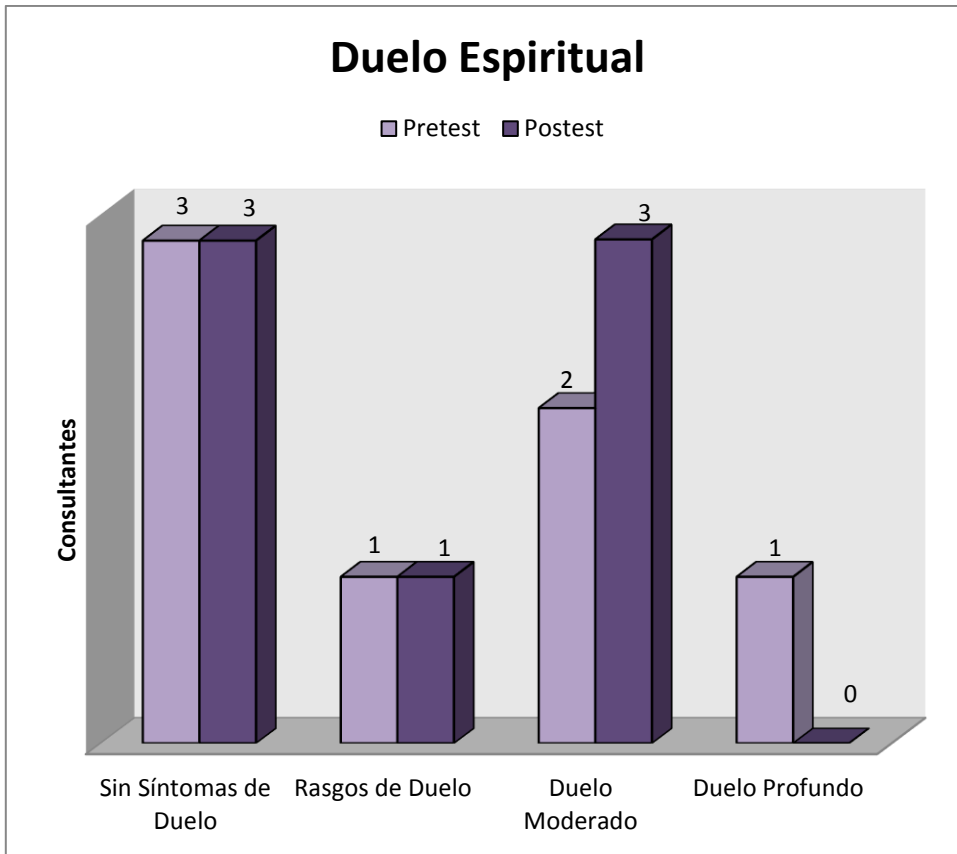


Figura 14. Comparación pretest y posttest del Duelo Espiritual agrupado por resultados

Con respecto al Duelo Espiritual, al inicio del grupo reflexivo, tres de las cuidadoras primarias no presentaron síntomas de duelo, una cuidadora presentó rasgos de duelo, dos cuidadoras presentaron un duelo moderado y una cuidadora presentó un duelo profundo. Al término del grupo reflexivo, tres de las cuidadoras no presentaron síntomas de duelo, mientras que otra cuidadora presentó rasgos de duelo y otras tres cuidadoras presentaron un duelo moderado.

Tabla 11. Prueba t-Student Pretest y Posttest de la subescala Duelo Espiritual del Test de Duelo

	Pretest (Media)	Posttest (Media)	t	Sig.(bilateral)
Duelo Espiritual	21,71	20,43	0,902	0,402

$p \leq 0,05^*$

La comparación entre las medias del inicio del grupo reflexivo ($\bar{x}=21,71$) y el término del grupo reflexivo ($\bar{x}=20,43$) no resultaron estadísticamente significativas lo cual indica que las consultantes no mostraron cambios en los indicadores de duelo espiritual.

Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit.

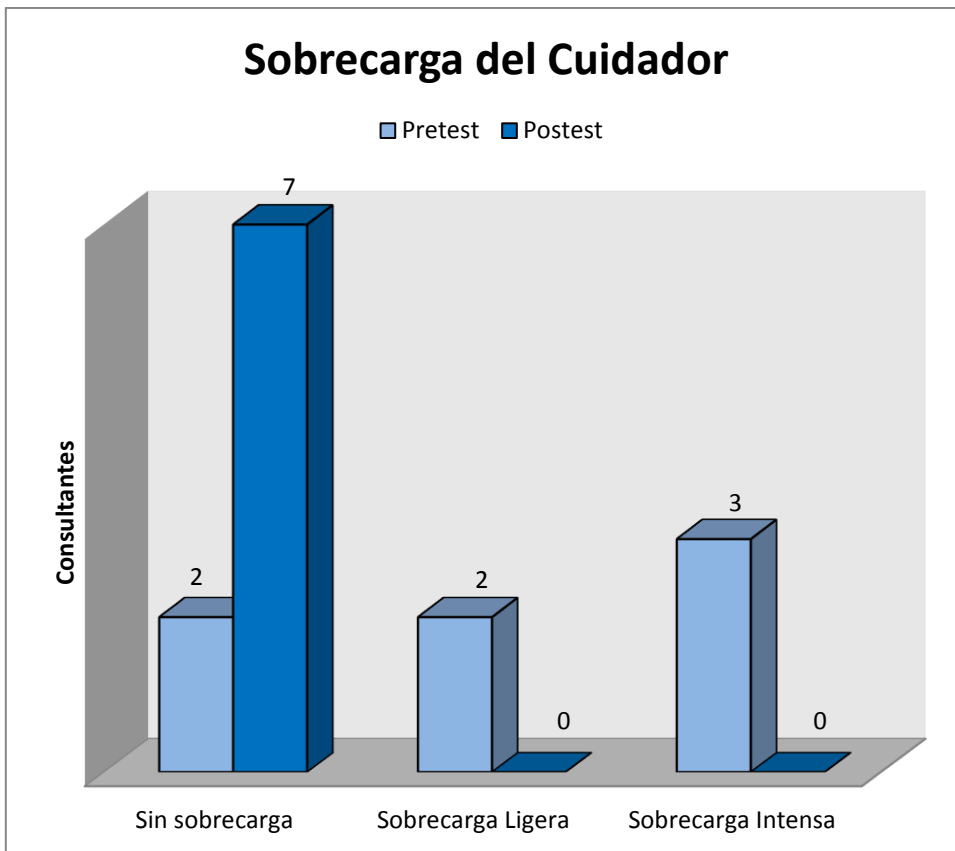


Figura 15. Comparación pretest y posttest de la Sobrecarga del cuidador agrupada por resultados.

Al inicio del grupo reflexivo, dos de las cuidadoras primarias reportó no tener sobrecarga, mientras que otras dos reportaron tener sobrecarga ligera, mientras que tres consultantes reportaron tener sobrecarga intensa. Al final del grupo reflexivo, todas las cuidadoras primarias reportaron no tener sobrecarga.

Capítulo 5. Resultados

Tabla 1. Prueba t-Student Pretest y Postest de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

	Pretest (Media)	Postest (Media)	t	Sig.(bilateral)
Escala de Sobrecarga del Cuidador	52,14	29,86	4,013	,007**

$p \leq 0,01^{**}$

En la primera medición, se obtuvo una media menor ($\bar{x}=52,14$) en comparación con la segunda medición ($\bar{x}=29,86$) lo cual resultó estadísticamente significativo ($t= 4,013$, $p \leq 0,01$). De esta forma, las cuidadoras primarias reportaron tener menor sobrecarga del cuidador al finalizar el grupo reflexivo.

Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF.

A continuación se presentan los resultados del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Los resultados de Calidad de Vida Global y Salud Global Percibida se refieren a preguntas individuales, mientras que Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente se refieren a las subescalas en las cuales se encuentra dividido el instrumento.

Los resultados de las preguntas individuales se presentan con base en las opciones de respuesta planteadas por el instrumento, a saber, muy mala, poca, lo normal, bastante buena y muy buena. Por otro lado, los resultados obtenidos en las subescalas se encuentran en porcentajes. Para los resultados del presente estudio, dichos porcentajes fueron agrupados en cinco rangos, los cuales van del 0% al 19%, del 20% al 39%, del 40% al 59%, del 60% al 79% y del 80% al 100%

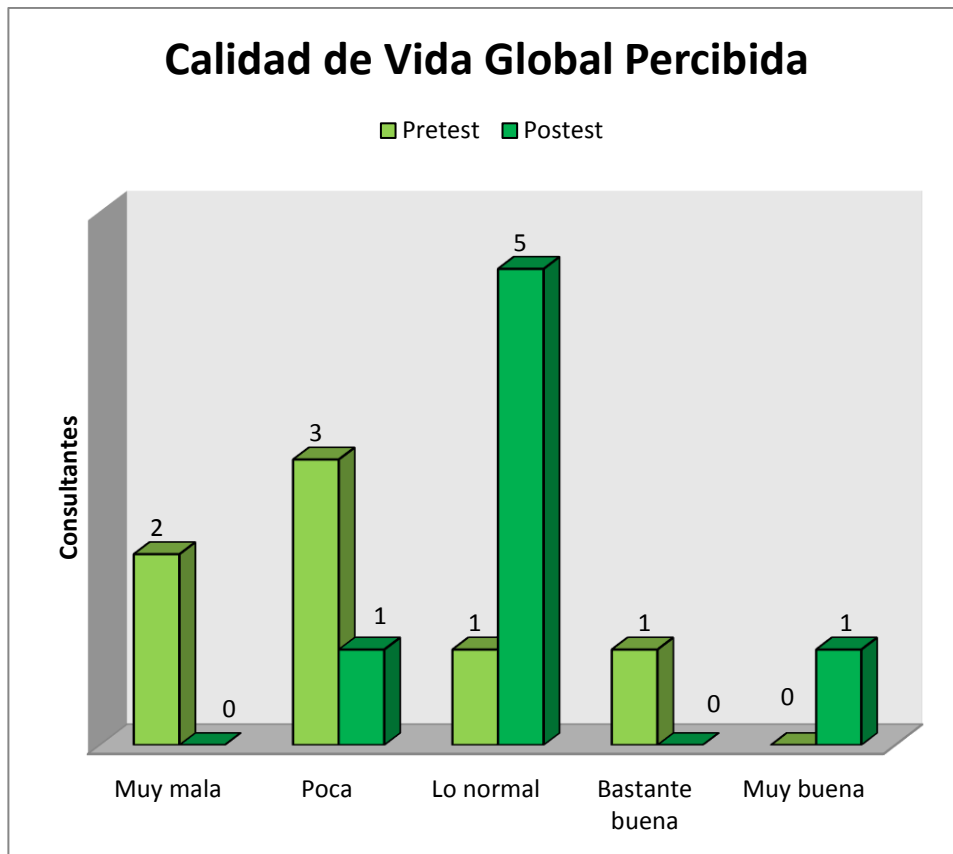


Figura 16. Comparación pretest y posttest de la Calidad de Vida Global Percibida agrupada por resultados.

Con respecto a la calidad de vida global percibida, se encontró que, al inicio del grupo reflexivo, dos de las cuidadoras primarias consideraron tener muy mala calidad de vida, tres consultantes consideraron tener poca calidad de vida, una consultante reportó tener una calidad de vida normal, mientras que otra consultante reportó tener una calidad de vida bastante buena. Al término del grupo reflexivo, una cuidadora primaria reportó tener poca calidad de vida, mientras que cinco consultantes reportaron tener una calidad de vida normal y la otra consultante reportó tener una muy buena calidad de vida.

Tabla 2. Prueba t-Student Pretest y Postest de la pregunta sobre Calidad de Vida Global del Cuestionario WHOQOL-BREF

	Pretest (Media)	Postest (Media)	t	Sig. (bilateral)
Calidad de Vida Global	2,14	3,14	-4,583**	0,004

$p \leq 0,01^{**}$

La media obtenida para la pregunta sobre la Calidad de Vida Global del Cuestionario WHOQOL-BREF fue menor al inicio del grupo reflexivo ($\bar{x}=2,14$) en comparación media obtenida al término del mismo ($\bar{x}=3,14$), resultando en una diferencia estadísticamente significativa ($t= -4,583$, $p \leq 0,01$) indicando una mejor percepción de la calidad de vida global de las cuidadoras primarias.

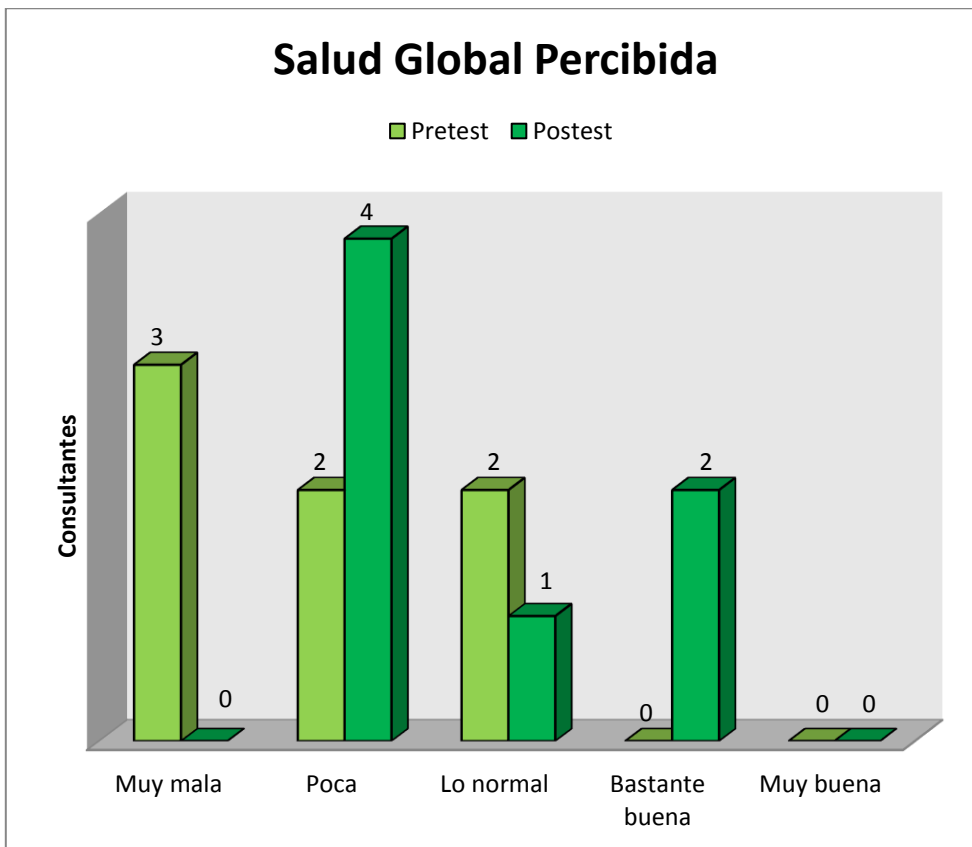


Figura 17. Comparación pretest y postest de la Salud Global Percibida agrupada por resultados.

Capítulo 5. Resultados

Sobre la Salud Global Percibida, se encontró que, al inicio del grupo reflexivo, tres cuidadoras consideraron tener muy mala salud, dos consultantes consideraron tener poca salud, mientras que otras dos cuidadoras consideraron tener una salud normal. Al término del grupo reflexivo, cuatro cuidadoras primarias consideraron tener poca salud, una consultante consideró tener una salud normal, y dos consultantes consideraron tener una salud bastante buena.

Tabla 3. Prueba t-Student Pretest y Postest de la pregunta sobre Salud Global Percibida del Cuestionario WHOQOL-BREF

	Pretest (Media)	Postest (Media)	t	Sig.(bilateral)
Salud Global Percibida	1,86	2,71	-3,286*	0,017

$p \leq 0,05^*$

En la primera medición, la media obtenida para la pregunta sobre Salud Global Percibida fue menor ($\bar{x}=1,86$) en comparación a la segunda medición ($\bar{x}=2,71$) resultando en una diferencia estadísticamente significativa ($t= -3,286$, $p \leq 0,01$), lo cual indica que las cuidadoras primarias consideraron tener una mejor salud global al término del grupo reflexivo.

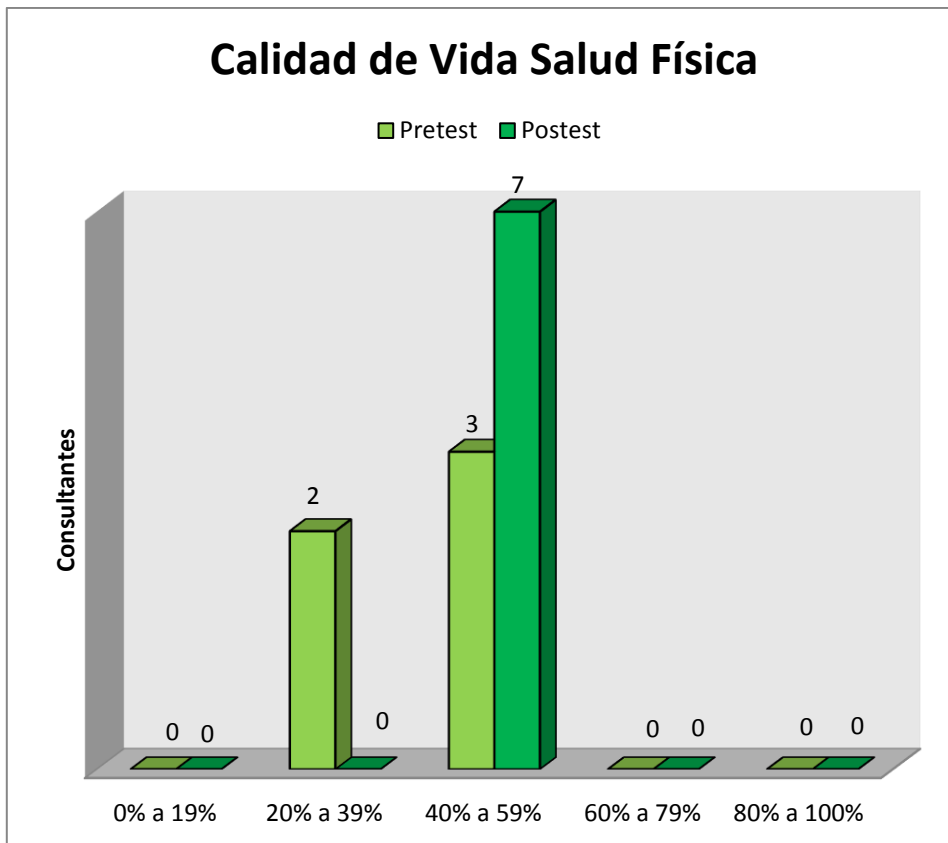


Figura 18. Comparación pretest y posttest de la Calidad de Vida sobre la Salud Física agrupada por rangos de porcentajes.

Sobre la Calidad de Vida Física percibida por las cuidadoras primarias, se encontró que, al inicio del grupo reflexivo, tres consultantes puntuaron de 20% a 39%, mientras que cuatro de ellas puntuaron de 40% a 59%. Al término del grupo reflexivo, todas las cuidadoras primarias puntuaron de 40% a 59%.

Tabla 4. Prueba t-Student Pretest y Posttest de la subescala Salud Física del Cuestionario WHOQOL-BREF

	Pretest (Media)	Posttest (Media)	t	Sig.(bilateral)
Salud Física	39,43	50,86	-3,087*	,021

$p \leq ,05^*$

Al realizar la comparación entre las medias de los porcentajes de esta subescala, se encontró que la diferencia entre la primera ($\bar{x}=39,42$) y la segunda

Capítulo 5. Resultados

medición ($\bar{x}=50,86$) resultó estadísticamente significativa ($t= -3,087$, $p\leq,05$), indicando que las consultantes consideraron tener una mejor salud física al término del grupo reflexivo en comparación del inicio del mismo.

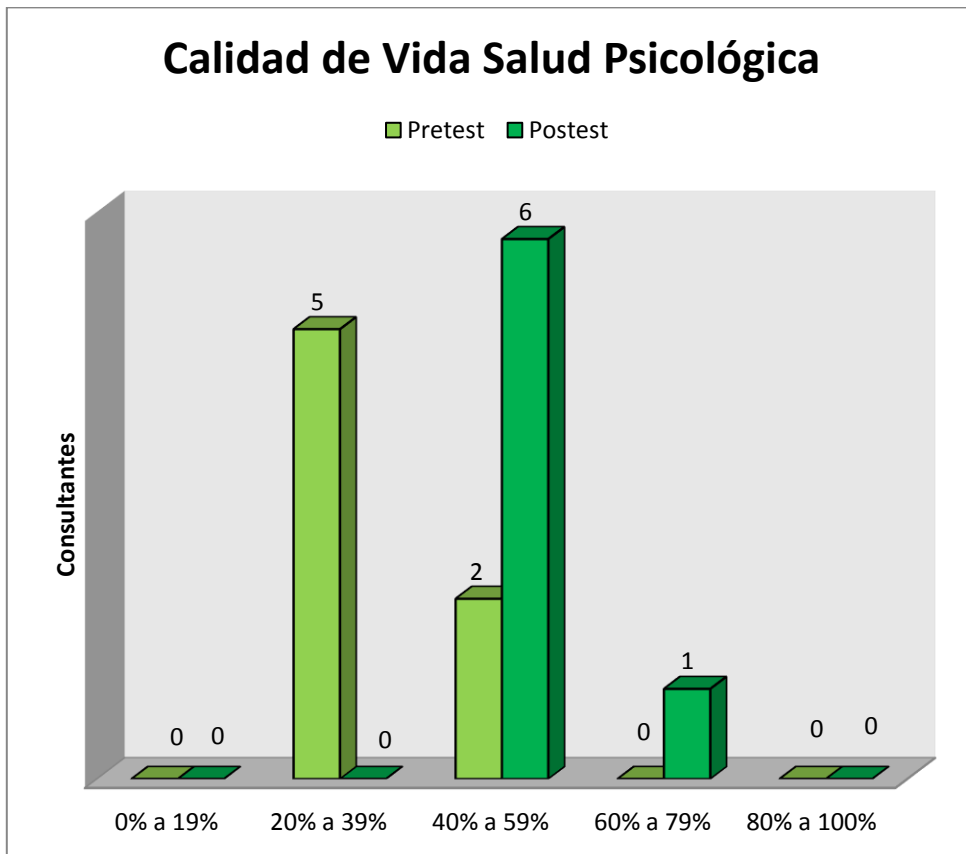


Figura 19. Comparación pretest y postest de la Calidad de Vida sobre la Salud Psicológica agrupada por rangos de porcentajes.

Con respecto a la Salud Psicológica, al inicio del grupo reflexivo, cinco consultantes consideraron que su calidad de vida se encontraba entre un 20% y un 39%, mientras que dos cuidadoras consideraron que ésta se encontraba entre un 40% y un 59%. Al término del grupo reflexivo, seis consultantes consideraron que su calidad de vida en este aspecto se encontraba entre el 40% y 59%, mientras una consultante consideró que se encontraba entre el 60% y 79%.

Capítulo 5. Resultados

Tabla 5. Prueba t-Student Pretest y Postest de la subescala de Salud Psicológica del Cuestionario WHOQOL-BREF

	Pretest (Media)	Postest (Media)	t	Sig.(bilateral)
Salud Psicológica	35,71	55,29	-4,689**	,003

$p \leq ,01^{**}$

Al realizar la comparación de medias de los porcentajes obtenidos en esta subescala, se encontró que la media de la segunda medición ($\bar{x}=55,29$) fue mayor en comparación a la primera medición ($\bar{x}=35,71$) obteniendo una diferencia estadísticamente significativa ($t= -4,689$, $p \leq ,01$), lo cual indica que las cuidadoras primarias consideraron tener mayor salud psicológica al término del grupo reflexivo en comparación al inicio del grupo.

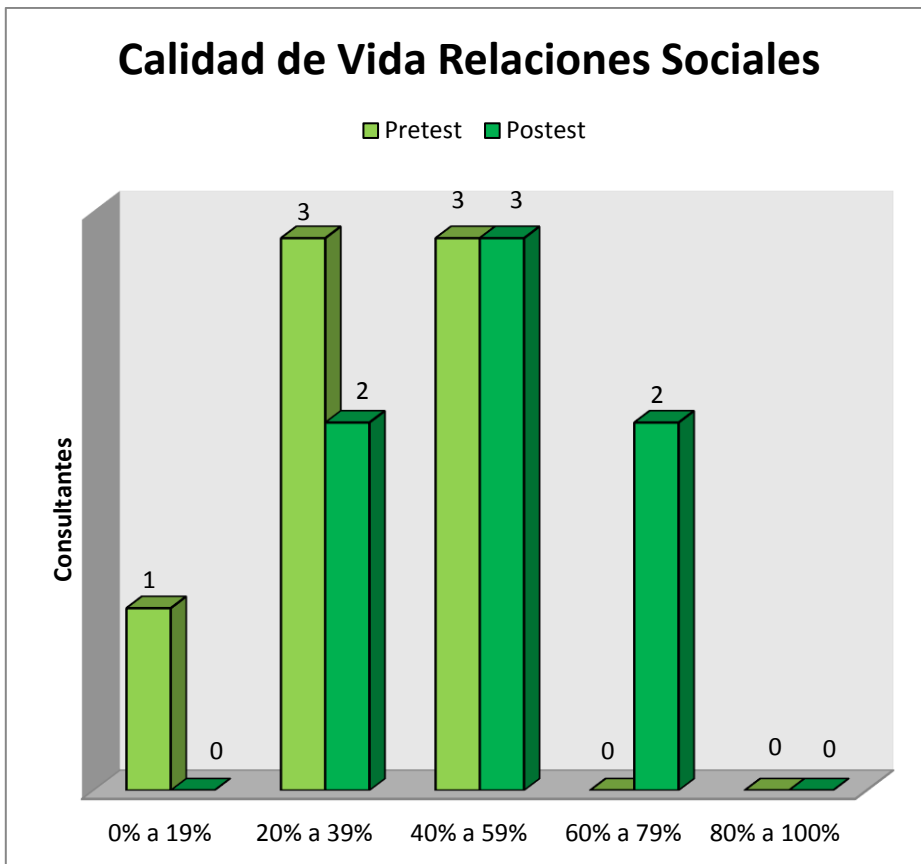


Figura 20. Comparación pretest y posttest de la Calidad de Vida sobre las Relaciones Sociales agrupada por rangos de porcentajes.

Los resultados sobre la Calidad de Vida con respecto a las Relaciones Sociales indican que, al inicio al grupo reflexivo, una cuidadora primaria consideró que su calidad de vida estaba entre 0% y 19%, tres consultantes consideraron que se encontraba entre 20% y 39%, mientras que otras tres cuidadoras consideraron que se encontraba entre el 40% y 59%. Al término del grupo reflexivo, se encontró que dos consultantes consideraron tener una calidad de vida entre 20% y 39%, mientras que tres cuidadoras consideraron encontrarse entre un 40% y 59% mientras que otras dos cuidadoras consideraron encontrarse entre 60% y 79%.

Capítulo 5. Resultados

Tabla 6. Prueba t-Student Pretest y Postest de la subescala de Relaciones Sociales del Cuestionario WHOQOL-BREF

	Pretest (Media)	Postest (Media)	t	Sig.(bilateral)
Relaciones Sociales	33,86	51,71	-2,097	0,081

p≤05*

Al comparar las medias de los porcentajes de esta subescala, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el inicio del grupo reflexivo (\bar{x} =33,86) y el término del mismo (\bar{x} =51,71), lo cual indica que las cuidadoras primarias percibieron cambios significativos en su calidad de vida con respecto al área de las relaciones sociales, los cuales no resultaron significativos.

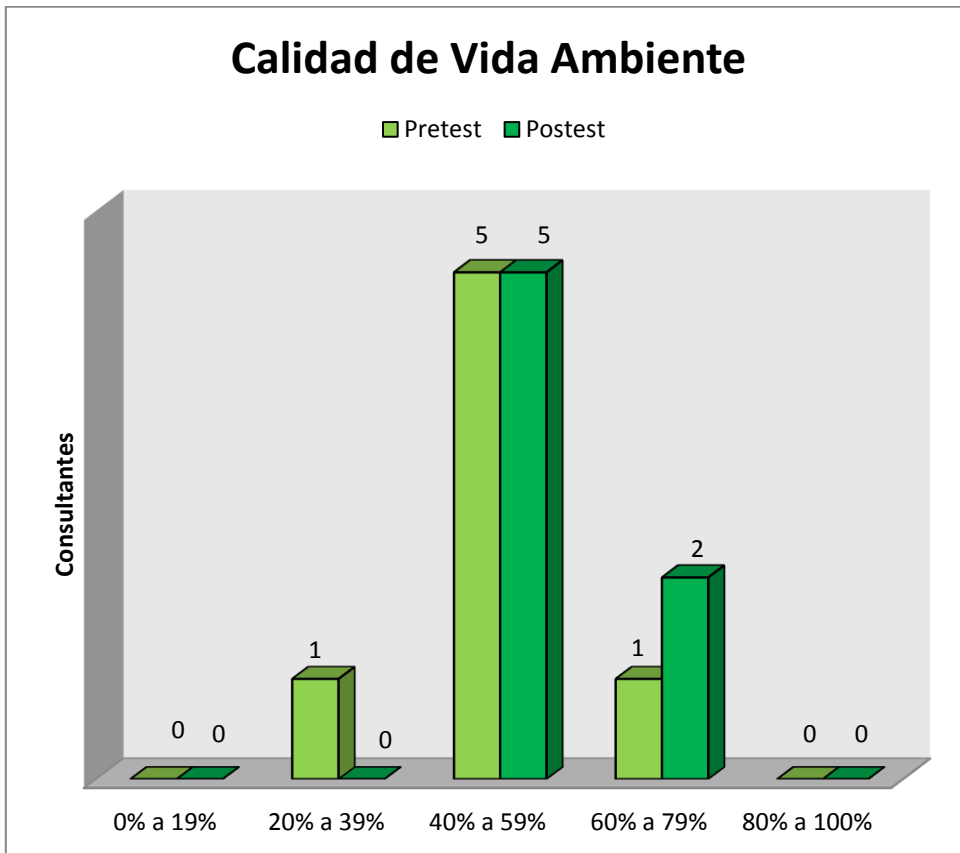


Figura 21. Comparación pretest y postest de la Calidad de Vida sobre el Ambiente agrupada por rangos de porcentajes.

Capítulo 5. Resultados

Por último, con respecto a la Calidad de Vida sobre el Ambiente, al inicio del grupo reflexivo, una consultante consideró tener una calidad de vida entre 20% y 39%, cinco cuidadoras consideraron que su calidad de vida se encontraba entre 40% y 59%, mientras que una de ellas consideró que ésta se encontraba entre 60% y 79%. Al término del grupo reflexivo, cinco cuidadoras primarias consideraron que su calidad de vida con respecto al ambiente se encontraba entre el 40% y el 59%, mientras que dos consultantes consideraron que ésta se encontraba entre el 60% y 79%.

Tabla 7. Prueba t-Student Pretest y Posttest de la subescala de Ambiente del Cuestionario WHOQOL-BREF

	Pretest (Media)	Posttest (Media)	t	Sig.(bilateral)
Ambiente	50,14	57,14	-1,168	0,287

$p \leq 0,05^*$

Al realizar la comparación entre la primera medición ($\bar{x}=50,14$) y la segunda medición ($\bar{x}=57,14$), no se encontró una diferencia estadísticamente significativa, lo cual indica que las consultantes percibieron un cambio en su calidad de vida con respecto a su entorno, el cual no resulto significativo.

Análisis cualitativo

A continuación se hará una descripción del proceso grupal a lo largo de las sesiones. Posteriormente, se hará una descripción por consultante, retomando los resultados de los instrumentos, pero haciendo especial énfasis en el proceso dentro del grupo.

Análisis del grupo reflexivo

El grupo reflexivo fue llevado a cabo en 10 sesiones matutinas semanales consecutivas en un Centro Comunitario de la Facultad de Psicología. El espacio en el cual se llevaron a cabo las sesiones fue un salón de dicho Centro, con

Capítulo 5. Resultados

bancas escolares y un pizarrón blanco (el cual fue utilizado para escribir las preguntas que guiaban la reflexión en cada sesión). En la primera sesión, el grupo estuvo conformado por cinco consultantes, integrándose cuatro más a la siguiente sesión. Para la sexta sesión, una consultante dejó de asistir y, para las últimas dos sesiones, otra consultante dejó de asistir (siendo el caso de Marta Flor, el cual será detallado más adelante). La última sesión estuvo conformada por seis consultantes y, en el caso de Marta, se hizo una cita posterior para realizar el llenado del postest y un cierre del proceso grupal.

Hubo diversas situaciones que se mantuvieron a lo largo de todo el proceso grupal. Por parte de los terapeutas, se hizo especial énfasis al tiempo que ellas estaban dedicando a las sesiones y la importancia que eso tenía como forma de buscar el cambio en su condición de cuidadoras. Además, se destacó la importancia del duelo como un proceso que ha de ser elaborado y, por tanto, el cambio no iba a notarse de manera inmediata, sino de forma gradual.

De las características observadas a lo largo del proceso grupal, las consultantes mostraron una importante cohesión, una meta común (el bienestar con respecto a su condición de cuidadoras primarias), una atmósfera positiva, un patrón de participación multidireccional (además de que todas las consultantes solían hablar en todas las sesiones y, cuando alguna de ellas no lo hacía, esto era señalado por alguna integrante), una importante capacidad de autodirección e identificaciones constantes entre las consultantes (mencionando constantemente 'verse reflejadas en la otra', asintiendo mientras las demás hablaban, hacer una expresión como una sonrisa o risa y decir que ellas también lo hacían o habían hecho, entre otras).

Durante el proceso grupal, se encontró que las consultantes se beneficiaron de casi todos los factores terapéuticos mencionados por Yalom en el 2000 (a excepción de la recapitulación correctiva del grupo familiar primario), ya que sentían que el grupo les infundía esperanza, se sentían aliviadas al ver que no eran las únicas que estaban sufriendo (universalidad), aprendieron, mediante la experiencia de las demás consultantes, distintas formas de afrontar una situación

Capítulo 5. Resultados

(información participada y conducta imitativa), sintieron ayudar y ser ayudadas por las demás consultantes (altruismo), hubo una importante cohesión grupal y un aprendizaje interpersonal mediante la interacción con las demás consultantes (lo cual también impacto en las técnicas de socialización con la persona cuidada).

Durante la primera sesión, se hizo una introducción al grupo reflexivo y los terapeutas, mencionando los objetivos y temas a tratar, así como un esbozo de la estructura que tendrían las sesiones. Después de dicha introducción, se hizo entrega de los formatos correspondientes al pretest para que fueran llenados por las consultantes (que incluían una sección de datos sociodemográficos, la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, el Cuestionario WHOQOL-BREF y el Test de Duelo de Polo-Scott). Una vez terminado esto, se les invitó a las consultantes que se presentaran, mencionando las razones por las cuales habían sentido interés por el grupo. En esta sesión, los principales temas que se tocaron fueron los sentimientos negativos relacionados con los cuidados (la preocupación, la culpa por no ser una “buena hija” (*sic.*) y no cuidar bien de su madre, y el aislamiento y sobrecarga derivadas de la situación de cuidado), así como la poca comprensión que las consultantes tenían hacia ellas mismas.

En la segunda sesión, debido a la integración de más consultantes, se les invitó a que se presentaran y, posterior a eso, se comenzó con el tema que iba a ser abordado dicha sesión, que estaba más relacionado con sus actividades como cuidadoras primarias (cómo esto impactó su vida y cómo se sienten con respecto a ser cuidadoras primarias). Por un lado, las consultantes mencionaron que la situación de cuidado les ha traído diversos aspectos negativos (como soledad, desgaste, enfermedades y sacrificio) lo cual les genera enojo. Además, perciben que las consecuencias de ser cuidadoras primarias han sido graduales, pero destacan el aislamiento social y el descuido propio (lo cual también ha impactado en su trabajo). Por último, también mencionaron el sentir que es su deber cuidar de sus familiares, además de que nadie lo puede hacer mejor que ellas. Sin embargo, durante la sesión se menciona que quizá esto no sea del todo cierto e incluso puede estarles negando oportunidades de mejorar las condiciones, tanto

Capítulo 5. Resultados

para la persona cuidada como para las consultantes. Es en esta sesión donde se integra Marta Flor, quien durante gran parte de las sesiones en las cuales estuvo presente, buscó cierto liderazgo, al aconsejar y juzgar como buenas o malas algunas de las acciones de las demás consultantes.

La tercera sesión se enfocó la reflexión en la persona cuidada, destacando el cómo era antes de tener la enfermedad o condición incapacitante, así como la relación que las consultantes tenían con dicha persona. Las consultantes destacan que su familiar era una persona muy activa y trabajadora, lo cual se ha invertido con el deterioro de la enfermedad. Además, en esta sesión se puso de manifiesto la relación significativa pero negativa que las consultantes tienen con la persona que se encuentran cuidando. Aunado a esto, se destaca como parece haber una inversión de roles, ya que las consultantes consideraron que pasaron de ser hijas cuidadas a ser madres cuidadoras (incluso mencionando que, en muchas ocasiones, sus madres tienen actitudes infantiles). De forma particular, es en esta sesión donde se pone de manifiesto el liderazgo positivo de Marta Enriqueta, quien hacía resúmenes de las sesiones y retomaba aspectos positivos mencionados por las otras consultantes.

La cuarta sesión fue dedicada a plantear la posibilidad de una pérdida vivida por las cuidadoras primarias, las cuales pudieron haber perdido aspectos de la relación con las personas que están cuidando. Las consultantes se centran en pérdidas más concretas como la pérdida de la comunicación, sin llegar a nombrar pérdidas emocionales de forma explícita. Además, debido a la condición de la persona cuidada, se empieza a hablar de una paradoja: cercanía física y lejanía emocional. A pesar de que las consultantes lo mencionan explícitamente con respecto a la condición actual, da la impresión que esto había sido característico de la relación previa con la persona cuidada. Sin embargo, da la impresión que la situación de cuidado puso de manifiesto esta característica. Por otro lado, también las consultantes llegan a mencionar aspectos positivos de cuidar a su familiar (por ejemplo, conocer la historia de vida de la persona cuidada).

Capítulo 5. Resultados

Es a partir de la quinta sesión que se comienza a abordar el modelo propuesto por Worden (2004), haciendo una breve introducción del mismo y comenzando con la primera tarea propuesta por el autor: aceptar la realidad de la pérdida. Las consultantes hablaron principalmente sobre el malestar que le generan los cuidados, mencionando sentimientos de irrealidad, carga y enojo. Aunado a esto, se llegan a hacer comentarios sobre la posibilidad de morirse antes que la persona cuidada, ante lo cual responden con risas. Por otro lado, también llegaron a mencionar el descuido personal, lo cual se ve más claramente en la pérdida de vida personal (destacando que todo gira en torno a la persona cuidada). Sin embargo, también se destacó la importancia de hacer que los cuidados procuren acompañar a la persona cuidada, mas no giren completamente alrededor de ella.

La sexta sesión se dedicó a abordar la segunda tarea propuesta por Worden (2004): trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. En este sentido, las consultantes mencionaron sentimientos de enojo y tristeza debido a la situación de cuidado. Además, cuando se sienten sobrepasadas, se inmovilizan sin saber qué hacer, lo cual les genera impotencia. Por otro lado, en esta sesión se ponen de manifiesto los distintos momentos en los cuales se encuentran las consultantes, mencionando Marta Enriqueta sentir cierta ligereza y Elvira deseando sentirse así, infundiéndole esperanza de que es posible llegar a sentirse así.

La séptima sesión fue dedicada a abordar la tercera tarea propuesta por Worden (2004): adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente (o, en este caso, adaptarse a un medio en el cual se continuará cuidando del familiar). Al respecto, se habló sobre la adaptación personal, familiar y contextual que las consultantes han de tener al ser cuidadoras primarias. En este sentido, se mencionó la importancia de utilizar los recursos que se tienen a la mano y emplearlos de la mejor manera posible. Por otro lado, también se mencionó sobre la influencia (positiva o negativa) que la cuidadora primaria tiene en la persona cuidada, incluso notando ciertos cambios en la dinámica entre el cuidador y su familiar, lo cual ha llevado a la cuidadora a sentirse con menos sobrecarga.

Capítulo 5. Resultados

Además de que se resaltaron los beneficios de estar en el grupo, ya que éste les traía alivio y bienestar.

Durante la octava sesión se habló sobre la última tarea propuesta por Worden (2004): recolocar emocionalmente al fallecido (o, en este caso, a la persona cuidada) y continuar viviendo. Al respecto, se comentó la importancia que tiene el bienestar propio en la recolocación de la persona cuidada y la importancia de vivir el duelo como un proceso. Sin embargo, no se retomó más sobre el tema, mencionando las consultantes aspectos como los beneficios de estar en una situación grupal y un eco de la sesión anterior, al destacar la influencia que tiene el cuidador primario en el sentir de la persona cuidada. Sin embargo, las consultantes reconocen el duelo como un proceso.

La novena sesión tuvo por objetivo realizar un cierre con respecto al tema de duelo, destacando el impacto que la elaboración del duelo puede tener en las tareas como cuidadora primaria. En ella, las consultantes destacaron que ahora logran percibir cosas que antes no alcanzaban a ver, entre las cuales se encuentran sus sentimientos. Al respecto, mencionaron que ahora aceptan los sentimientos (tanto positivos como negativos) que la situación de cuidado les genera. Además, se dieron cuenta que, como cuidadoras primarias, tienen aspectos positivos que ayuda a que la persona cuidada se encuentre bien. Aunado a esto, también destacaron que comenzaban a tener un mayor autocuidado, lo cual las hacía sentir más aliviadas. Por último, destacaron que escuchar a otras personas las ayudó a darse cuenta que, si bien no son las únicas cuidadoras primarias, cada vivencia es vivida de forma particular, además de que el conocer las historias de otras personas ayuda a ampliar la perspectiva sobre la situación en la cual están viviendo.

La última sesión tuvo por objetivo el cierre de la intervención grupal, retomando los temas mencionados a lo largo de las sesiones y los elementos que la experiencia grupal deja en las consultantes. Ellas mencionan que, en comparación al inicio del proceso, ahora reconocen las distintas emociones que tienen con respecto a la condición de cuidadoras primarias, además de que han

Capítulo 5. Resultados

mejorado estas emociones debido a que hacen aquello que está a su alcance. Sin embargo, también destacan que aún hay cosas por trabajar pero que ahora tienen una más amplia perspectiva ante los problemas que el cuidado les puede traer. Además, destacan la importancia del autocuidado, lo cual permitirá que ellas estén bien y cuiden mejor a su familiar.

Es importante resaltar que, con el avance de las sesiones, las cuidadoras primarias comenzaron a mencionar en menor medida aspectos relacionados con la sobrecarga. Cuando ésta era mencionada, se hacía con una connotación distinta, por ejemplo, al hablar sobre el cansancio físico (un aspecto de la sobrecarga emocional), las pacientes reconocían su origen y buscaban formas de reducirlo.

Análisis por consultante

A continuación, se presentarán los resultados de cada una de las consultantes. Primero se hará una breve descripción del caso, seguido de una tabla con los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos (pretest y postest), divididos en subescalas, junto con su interpretación (como es el caso de la Escala de Sobrecarga del Cuidador y el Test de Duelo), para finalmente describir el proceso en el grupo reflexivo con base en las variables consideradas en el presente estudio.

Capítulo 5. Resultados

Elvira.

Tabla 8. Resultados de Elvira

Variable			Pretest		Postest
Sobrecarga del cuidador		32	Ausencia de Sobrecarga	20	Ausencia de Sobrecarga
Duelo	Social	27	Duelo Moderado	13	Sin Síntomas de Duelo
	Psicológico	20	Rasgos de Duelo	10	Sin Síntomas de Duelo
	Físico	20	Rasgos de Duelo	13	Sin Síntomas de Duelo
	Espiritual	11	Sin Síntomas de Duelo	14	Sin Síntomas de Duelo
Calidad de Vida	Calidad de Vida Global Percibida	2	Poca	3	Lo normal
	Salud Global Percibida	3	Lo normal	4	Bastante buena
	Salud Física		38%		44%
	Salud Psicológica		31%		56%
	Relaciones Sociales		56%		69%
	Ambiente		44%		56%

Capítulo 5. Resultados

Elvira es una mujer soltera de 51 años dedicada exclusivamente al cuidado de su madre desde hace “seis años y tres meses” (*sic.*), quien padece cirrosis hepática y Alzheimer. Reporta que, como consecuencia de ser la cuidadora primaria las 24 horas del día, ella siente mucho estrés a lo largo del día.

Al inicio del grupo reflexivo, al hablar de duelo, Elvira mencionó distintas emociones negativas hacia su madre (pérdida de afecto, dolor por su condición, una relación distante y pérdida de comunicación con su madre desde la enfermedad y nostalgia por la incompreensión de su madre hacia ella). Hacia el final del grupo reflexivo, Elvira comienza con la aceptación (de la condición de su madre, además del enojo y tristeza que siente hacia ella) para finalmente, en la última sesión, hablar sobre una recolocación emocional de los sentimientos que tiene hacia su madre, incluso destacando que puede recibir afecto de ella (por ejemplo, al abrazarla y acariciarla).

Con respecto a la sobrecarga del cuidador, se observó que Elvira comenzó el proceso grupal destacando principalmente el cansancio que experimentaba debido a las tareas de cuidado. Además, percibía las tareas de cuidado como algo que ella debía hacer (primero como obligación como hija y después como responsabilidad hacia su madre). Hacia el final de las sesiones, estas situaciones fueron cambiando, ya que reportó sentir menor cansancio y reconoció su labor como cuidadora primaria al destacar los cuidados como un acto de amor hacia su madre, los cuales debían ser valorados y reconocidos por ella misma.

Sobre la calidad de vida, Elvira comienza el grupo reflexivo mencionando (explícita e implícitamente) tener una sensación de malestar como consecuencia de realizar las tareas de cuidado. Con el paso de las sesiones, se comienza a dar cuenta de la importancia del autocuidado y cómo lograrlo, así como la importancia del bienestar emocional. Hacia el final de las sesiones, Elvira habló sobre la gradualidad de los cambios y destacó que se encuentra con mayor bienestar emocional. En la última sesión, la consultante destacó la necesidad de tener un proyecto de vida.

Capítulo 5. Resultados

Justina.

Tabla 9. Resultados de Justina

Variable		Pretest	Postest
Sobrecarga del cuidador		45	Ausencia de Sobrecarga
Duelo			
Social	23	Rasgos de Duelo	16
Psicológico	21	Rasgos de Duelo	20
Físico	26	Duelo Moderado	16
Espiritual	28	Duelo Moderado	26
Calidad de Vida	Calidad de Vida Global Percibida	3	Lo normal
	Salud Global Percibida	1	Muy insatisfecha
	Salud Física	38%	44%
	Salud Psicológica	25%	50%
	Relaciones Sociales	6%	44%
	Ambiente	69%	44%

Capítulo 5. Resultados

Justina es una señora de 73 años que se encuentra dedicada a las tareas del hogar, principalmente cuidando de su hermana menor desde hace seis años, quien padece Alzheimer, ceguera y sordera. Además, Justina también cuidaba de su esposo, quien falleció un mes antes de iniciar el grupo reflexivo.

Al hablar sobre el duelo, Justina solía mencionar dos duelos: la relación que tiene con su hermana y la muerte de su marido. Al inicio del proceso grupal, y durante la mayoría del mismo, Justina mencionó sentir tristeza tanto por la situación de su hermana, como por la pérdida de comunicación con ella. Sin embargo, desde las primeras sesiones, Justina también mencionó considerar que el duelo es un proceso, resaltando su necesidad de vivirlo poco a poco. Hacia las últimas sesiones del grupo reflexivo, Justina destacó la aceptación de la situación de su hermana, haciendo intentos por recolocarla y, en la última sesión, retomó estos aspectos, además de mencionar nuevamente la necesidad de tomarse el tiempo para elaborar sus duelos.

Con respecto a la sobrecarga del cuidador, durante la mayoría de las sesiones, Justina mencionó diversas consecuencias negativas que el cuidado ha tenido en su vida (por ejemplo, el cansancio físico y emocional, una constante preocupación por su hermana, ansiedad y miedo de que los demás no la cuiden tan bien como ella). Hacia el final de las sesiones, Justina consideró la posibilidad de que ella haya tenido malos tratos hacia su hermana debido al desgaste generado. Sin embargo, en la última sesión, mencionó un cambio en su percepción con respecto a los cuidados que ella tiene hacia su hermana, valorándolos y considerando que los hace de la mejor manera.

Al inicio del proceso grupal, Justina destacó el impacto negativo de ser cuidadora primaria en su calidad de vida (por ejemplo, tener que cerrar su negocio, sentirse enferma y el sentimiento de soledad debido a la pérdida de relaciones interpersonales). Sin embargo, hacia el final del proceso, Justina logró reflexionar sobre su calidad de vida y destacó que actualmente percibe los problemas de forma distinta, lo cual mejora su percepción sobre su calidad de vida.

Magdalena.

Tabla 10. Resultados de Magdalena

Variable		Pretest	Posttest
Sobrecarga del cuidador		59	Sobrecarga Intensa
			45
			Ausencia de Sobrecarga
Duelo	Social	34	Duelo Profundo
			23
			Rasgos de Duelo
	Psicológico	32	Duelo Profundo
		24	Rasgos de Duelo
	Físico	28	Duelo Moderado
			23
			Rasgos de Duelo
	Espiritual	26	Duelo Moderado
			18
			Rasgos de Duelo
Calidad de Vida	Calidad de Vida Global Percibida	1	Muy insatisfecha
			2
			Poca
	Salud Global Percibida	1	Muy Insatisfecha
			2
			Poca
	Salud Física	25%	56%
	Salud Psicológica	25%	56%
	Relaciones Sociales	25%	56%
	Ambiente	44%	63%

Capítulo 5. Resultados

Magdalena es una señora soltera de 56 años, que actualmente se desempeña como enfermera. En casa, se encuentra al cuidado de su madre, quien tiene una fractura en la cadera y otra en el fémur, lo cual le dificulta la movilidad. Ella es cuidadora primaria de su madre desde hace 16 años. Para realizar las tareas de cuidado, cuenta con la ayuda de una vecina que, cuando Magdalena no se encuentra, ella se encarga de los cuidados.

Con respecto al duelo, en las primeras sesiones Magdalena comentó sentir un enojo hacia su madre, ya que se desesperaba porque no hacía las cosas como Magdalena quería. Sin embargo, hacia la mitad del grupo reflexivo, la consultante comenzó a hablar sobre un reconocimiento del enojo como resultado de situaciones pasadas no resueltas con su madre, de aceptación de la situación de su madre, aceptación de la pérdida de comunicación con ella, buscándola retomar y, por tanto, buscando una recolocación emocional de la relación madre-hija, lo cual resultó en una mejor relación entre ellas.

Al respecto de la sobrecarga del cuidador, en un principio, Magdalena destacaba lo pesado que le resultaba ser la cuidadora de su madre, lo cual se manifestaba en el constante enojo hacia su madre y cansancio sentido por la consultante. Además, consideraba que dichos cuidados eran su obligación. Posteriormente, Magdalena comenzó a hablar sobre el uso de los distintos recursos a su alcance (dinero para pagar por los cuidados, conocimientos y habilidades empleados por ella en el hospital) para que el cuidado le resulte menos desgastante. Al final del grupo reflexivo, habló sobre una mayor tranquilidad con respecto a la situación de cuidado y dejó de mencionar el cansancio tan presente en un inicio.

Sobre la calidad de vida, Magdalena comentaba en las primeras sesiones como no consideraba tener una vida personal, lo cual le generaba un malestar. Con el paso de las sesiones, ella sintió la necesidad de cuidarse como había cuidado a sus familiares, además de un reconocimiento propio. Hacia las últimas sesiones, ella habló sobre la satisfacción que sentía sobre las áreas laboral y familiar, reconociendo los logros personales.

Capítulo 5. Resultados

Gisel.

Tabla 11. Resultados de Gisel

Variable		Pretest		Posttest	
Sobrecarga del cuidador		55	Sobrecarga Ligera	46	Ausencia de Sobrecarga
Duelo	Social	20	Rasgos de Duelo	20	Rasgos de Duelo
	Psicológico	20	Rasgos de Duelo	17	Rasgos de Duelo
	Físico	27	Duelo moderado	23	Rasgos de Duelo
	Espiritual	16	Sin Síntomas de Duelo	16	Sin Síntomas de Duelo
Calidad de Vida	Calidad de Vida Global Percibida	2	Poca	3	Lo normal
	Salud Global Percibida	1	Muy insatisfecha	2	Poca
	Salud Física		44%		56%
	Salud Psicológica		50%		56%
	Relaciones Sociales		56%		56%
	Ambiente		50%		56%

Capítulo 5. Resultados

Gisel tiene 58 años, es soltera y actualmente se desempeña como secretaria. Actualmente no es cuidadora primaria, sin embargo, tomó el rol de cuidadora primaria de su padre por varios años. Al morir él, Gisel fue la cuidadora primaria de su hermana, quien falleció hace cuatro. A pesar de esta situación, Gisel se identificó cuidadora primaria (incluso en la actualidad) ya que consideró no haber podido superar las muertes de su padre y hermana, lo cual la hacía sentir atascada y, por tanto, continuar identificándose como cuidadora primaria.

Con respecto al duelo, Gisel destacaba en las primeras sesiones los sentimientos negativos que tenía hacia las personas que cuidó (sintiendo enojo hacia ellos, dolor y tristeza por la relación distante con ellos y la pérdida de comunicación principalmente con su padre). Posteriormente, Gisel logró identificar las distintas emociones que sentía hacia su padre y hermana. Como resultado de esto, hacia las últimas sesiones, la consultante aceptó la pérdida de sus familiares (por un lado, aquello perdido cuando ellos enfermaron y, por el otro, aquello perdido cuando fallecieron). En la última sesión, destacó la recolocación emocional de las personas a las que cuidó.

Con respecto a la sobrecarga del cuidador, durante gran parte de las sesiones, Gisel habló sobre el enojo, la ansiedad, tristeza y cansancio que las tareas del cuidado le provocaban, lo cual iba acompañado de un rechazo del rol que le fue asignado en aquellas situaciones (cuestionándose la razón por la cual eso le había sucedido). Hacia las últimas sesiones, la consultante comenzó a tener una perspectiva distinta del cuidado, identificando la importancia de sentirse bien para cuidar mejor y de valorar su rol como cuidadora, lo cual pudo haber reducido su sobrecarga.

Al hablar sobre calidad de vida, Gisel mencionó en varias sesiones su sensación de malestar y estancamiento desde que comenzó a ser cuidadora primaria. Destaca que, a consecuencia de ello, dejó de lado muchas relaciones y proyectos personales. Hacia las últimas sesiones, la consultante comenzó a cuestionarse sobre su vida a futuro y la búsqueda de formas para mejorarla. En la

Capítulo 5. Resultados

última sesión, destacó tener una mejor percepción de sí misma y su búsqueda de un proyecto de vida personal.

Marta Enriqueta.

Tabla 12. Resultados de Marta Enriqueta

Variable		Pretest		Postest	
Sobrecarga del cuidador		56	Sobrecarga Intensa	22	Ausencia de Sobrecarga
Duelo	Social	13	Sin Síntomas de Duelo	9	Sin Síntomas de Duelo
	Psicológico	13	Sin Síntomas de Duelo	11	Sin Síntomas de Duelo
	Físico	13	Sin Síntomas de Duelo	12	Sin Síntomas de Duelo
	Espiritual	12	Sin Síntomas de Duelo	12	Sin Síntomas de Duelo
Calidad de Vida	Calidad de Vida Global Percibida	4	Bastante buena	5	Muy buena
	Salud Global Percibida	3	Lo normal	4	Bastante buena
	Salud Física		56%		56%
	Salud Psicológica		50%		81%
	Relaciones Sociales		25%		75%
	Ambiente		56%		75%

Capítulo 5. Resultados

Marta Enriqueta, de 45 años, es madre de dos hijos, uno de los cuales nació con parálisis cerebral infantil. Previo a su nacimiento hace seis años, Marta Enriqueta se desempeñaba como abogada pero, debido los cuidados requeridos por su hijo, dejó de ejercer para dedicarse a dichos cuidados. Durante el grupo reflexivo se encargó de los trámites administrativos para que su hijo fuera aceptado en una escuela regular.

Sobre el duelo, en un inicio, la consultante manifestó enojo porque, durante el embarazo, ella tuvo todos los cuidados necesarios y, debido a una negligencia médica, su hijo nació con esta condición. Con el avance de las sesiones, Marta Enriqueta mencionaba centrarse en los aspectos positivos de la situación. Posteriormente, hacia el final del grupo reflexivo, la consultante hablaba sobre la aceptación de las limitaciones de su hijo y su recolocación emocional, destacando que ella había aprendido muchas cosas de él.

Al considerar la sobrecarga del cuidador, se observó que la consultante comenzó hablando sobre la ansiedad que la situación de cuidado le generaba. Sin embargo, destacaba la importancia de poner límites (sobre quién podía opinar acerca de los cuidados y el grado de cooperación que debía de haber dentro de la familia) y realizar las actividades que resultaran beneficiosas tanto para ella como cuidadora y madre, así como para él, como persona cuidada e hijo. Aunado a esto, comentó la importancia de valorar los cuidados que estaba dando a su hijo, destacando que estos los realiza sin pesadez ni cansancio. También, a lo largo de las sesiones, mencionaba la importancia de reconocer los aspectos positivos que esto les había traído, mencionando en la última sesión la unión familiar y la sensibilización a las diferentes condiciones de vida.

Sobre la calidad de vida, al inicio del grupo reflexivo comentó cómo, debido a que se dedicó a cuidar a su hijo, dejó su trabajo y planes personales, lo cual le causó mucha frustración. Con el paso de las sesiones, mostró preocupación sobre su propio bienestar, al plantearse metas y actividades más allá de los cuidados a su hijo (ahora que se encontraba en la escuela). Hacia el final del grupo reflexivo

Capítulo 5. Resultados

mencionó haber comenzado a hacer actividades para ella (como hacer ejercicio) y planes para retomar su trabajo.

Olivia.

Tabla 13. Resultados de Olivia

Sobrecarga del cuidador	52	Sobrecarga Ligera	32	Ausencia de Sobrecarga	
Duelo	Social	32	Duelo Moderado	25	Duelo Moderado
	Psicológico	29	Duelo Moderado	22	Rasgos de Duelo
	Físico	34	Duelo Profundo	29	Duelo Moderado
	Espiritual	35	Duelo Profundo	31	Duelo Profundo
Calidad de Vida	Calidad de Vida Global Percibida	1	Muy insatisfecha	3	Lo normal
	Salud Global Percibida	2	Poca	2	Poca
	Salud Física	31%			44%
	Salud Psicológica	38%			44%
	Relaciones Sociales	44%			31%
	Ambiente	50%			50%

Capítulo 5. Resultados

Olivia tiene 70 años y actualmente se encuentra jubilada, por lo cual reporta las labores del hogar como su ocupación. Se encuentra al cuidado de su madre desde hace dos años debido a que padece demencia y tiene dificultad para caminar.

Con respecto al duelo, durante las primeras sesiones, Olivia manifiesta enojo hacia la madre, destacando la relación conflictiva (previo a la enfermedad y en la actualidad). Con el pasar de las sesiones, la consultante comienza a mostrar cierta tristeza y nostalgia por la poca relación que hubo entre madre e hija, sin embargo, la expresión de dichos sentimientos iba acompañada del enojo y molestia por ser la cuidadora primaria. Hacia las últimas sesiones, la consultante demostró una aparente aceptación de la condición de la madre, ya que lo verbalizaba pero continuaba mencionando lo desgastada y molesta que estaba por dicha situación. En la última sesión reconoció que aún le faltaban elementos para que pueda aceptar la condición de su madre.

Al respecto de la sobrecarga del cuidador, Olivia continuamente reportó sentimientos de enojo y cansancio como resultado de la situación de cuidado. A lo largo de las sesiones, estos sentimientos fueron acompañados de desesperanza y después tristeza por la relación con su madre. En la última sesión del grupo reflexivo, la consultante reportó los mismos sentimientos, considerando la opción de compartir los cuidados por ciertos días a la semana con su hermana.

Con respecto a la calidad de vida, Olivia constantemente reportó malestar físico (considerándose enferma y señalando la posibilidad de morir antes que su madre) y emocional (al mencionar depresión y sentimiento de soledad). Sin embargo, Olivia comentaba cómo sentía que su madre le hacía compañía y cómo “no me gusta la soledad” (*sic.*). Durante la última sesión comentó la posibilidad de llevar a cabo un plan de vida.

Capítulo 5. Resultados

Marta.

Tabla 14. Resultados de Marta

Variable		Pretest	Postest
Sobrecarga del cuidador		66	Sobrecarga Intensa
			33
			Ausencia de Sobrecarga
Duelo	Social	32	Duelo Moderado
			28
			Duelo Moderado
	Psicológico	26	Duelo Moderado
			30
			Duelo Profundo
	Físico	37	Duelo Profundo
			29
			Duelo Moderado
	Espiritual	24	Rasgos de Duelo
			26
			Duelo Moderado
Calidad de Vida	Calidad de Vida Global Percibida	2	Poca
			3
			Lo normal
	Salud Global Percibida	2	Poca
			2
			Poca
	Salud Física	44%	56%
	Salud Psicológica	31%	44%
Relaciones Sociales	25%	31%	
Ambiente	38%	56%	

Capítulo 5. Resultados

Marta tiene 59 años y se ha dedicado a ser enfermera. Sin embargo, durante el grupo reflexivo, comenzó los trámites de jubilación, por lo cual comenzó a pasar más tiempo con “mi mami” (*sic.*), a quien ha cuidado por 30 años, ya que tiene hipertensión y últimamente ha desarrollado demencia.

Con respecto al duelo, Marta comentó al inicio del proceso grupal que sentía tristeza debido a la condición de su madre. Posteriormente, logró identificar que la forma de relacionarse actualmente está matizada por la relación previa con su madre. Además, la relación se convirtió más conflictiva debido a que, por su jubilación, Marta se encontraba más tiempo en casa, cosa que le incomodaba a su madre. Más adelante, Marta, para evitar conflictos con su madre, planteó la posibilidad de hacer ajustes en la forma en que madre e hija se iban a relacionar, considerando dejarla cierto tiempo sola o dejar que cocinara sin que Marta interfiriera. Al final del proceso grupal, Marta mencionó la aceptación de la condición de su madre y la necesidad de elaborar los sentimientos derivados de su relación previa.

Con respecto a la sobrecarga del cuidador, Marta comentó al inicio del grupo reflexivo, así como gran parte de las sesiones, el intenso cansancio y desgaste, tanto físico como emocional, derivados de ser cuidadora primaria. Hacia el final del grupo reflexivo, la consultante planteó la posibilidad de que alguien la ayudara a cuidar a su madre. Además, mencionó sentir menor desgaste derivado del cuidado de su madre.

Con respecto a la calidad de vida, Marta comentó sentir una soledad y ansiedad intensas. Destaca que, en ocasiones, sentía tanta desesperación que “pensaba: ahora entiendo porque la gente se suicida” (*sic.*). Además, menciona haber perdido relaciones interpersonales. Más adelante, mencionó la tristeza que le causaba la jubilación y como eso cambiaría la dinámica con su madre. Hacia el final del grupo reflexivo, destacó el inicio de nuevos proyectos de vida (como el interés por un estilo de vida saludable al realizar ejercicio) y retomar otros (continuar sus estudios).

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

A continuación se presentará la discusión de los resultados mencionados en el capítulo anterior. Siguiendo la misma estructura de dicho capítulo, se comenzará con la discusión del análisis cuantitativo, destacando los datos sociodemográficos y los resultados de los instrumentos. Seguido del análisis cuantitativo, se hará la discusión de los resultados del análisis cualitativo. En dicho apartado se discutirá sobre el grupo (tanto características como proceso). Por último, se mencionarán las conclusiones del presente trabajo, sus limitaciones, así como sugerencias para próximos estudios.

Análisis cuantitativo

Este apartado incluye los datos sociodemográficos, los cuales son sexo, edad, estado civil, parentesco con la persona cuidada, escolaridad y ocupación, así como nivel socioeconómico y tiempo dedicado al cuidado

Sexo, edad, estado civil y parentesco

Con respecto al sexo de los cuidadores primarios, se encontró que todas las asistentes al grupo reflexivo fueron mujeres, lo cual es similar a lo encontrado por otros autores (Acosta, 2012; Aguilar, 2014; Benítez, 2012; Cedillo, 2013; De la Rosa, 2009; Galicia, 2015; González, 2014; Hernández, 2016; Lara, 2007; Prieto-Miranda *et al.*, 2015; Ruíz, 2003; Salinas, Valero y Cruz, 2007; Vázquez, 2013), quienes encontraron que la mayoría de su población fueron mujeres. El hecho de que la presente muestra haya sido exclusivamente de mujeres puede deberse a su pequeño tamaño, ya que en los trabajos antes citados midieron poblaciones más grandes. Por otro lado, estos resultados pueden reflejar la importancia que tienen las mujeres como protectoras de los niños, personas mayores y enfermos dentro de la familia (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004).

Con respecto a la edad de las cuidadoras primarias, se encontró una mayor concentración en el rango de 56 a 65 años (cuatro consultantes) pero con un rango total de 45 a 73 años. Estos hallazgos son similares a los encontrados por De la Rosa (2009), Expósito (2010), Galicia (2015), González (2014), Hernández

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

(2016), Lara (2007) y Vázquez (2013). Sin embargo, dichos autores mencionan distintos rangos que se encuentran dentro del rango aquí mencionado, lo cual puede ser explicado debido a que las muestras empleadas utilizaron criterios relacionados con la condición del consultante (por ejemplo, De la Rosa encontró una media de 52.2 años de edad de los cuidadores primarios de esquizofrenia, mientras que Hernández obtuvo un rango de 41 a 60 años en cuidadores primarios de precandidatos a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas), lo cual hace más probable que un pariente particular cuide a la persona que lo necesita (haciendo más probable, por ejemplo, que un hijo cuide a una madre con demencia y una madre cuide a un hijo con esquizofrenia).

En la presente población, se encontró que la mayoría de las cuidadoras primarias se encontraba soltera (seis consultantes), contrario a lo reportado por la mayoría de los autores consultados (Acosta, 2012; Aguilar, 2014; Cedillo, 2013; González, 2014; Hernández, 2016; Lara, 2007 y Vázquez, 2013).

Sobre el parentesco con la persona cuidada, se encontró que todas las cuidadoras primarias tenían relación directa con la persona cuidada (siendo principalmente hijas, pero habiendo también madres y hermanas). Esto concuerda con lo reportado por diversos autores (Acosta, 2012; Aguilar, 2014; Benítez, 2012; Expósito, 2010; González, 2014; Lara, 2007; Prieto-Miranda *et al.*, 2015; Ruíz, 2003; Salinas Valero y Cruz, 2007; Vázquez, 2013). Sin embargo, a diferencia de dichos estudios, se encontró que en el 100% de la población estudiada había parentesco directo con la persona cuidada, lo cual puede ser explicado mediante el lugar donde el estudio fue llevado a cabo. En los estudios mencionados, la muestra fue tomada de ambientes hospitalarios, donde es más probable encontrar cuidadores primarios que no tengan parentesco con la persona cuidada.

Escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico

Se encontró que la escolaridad de las cuidadoras primarias del grupo reflexivo se distribuyó de manera uniforme a través de las distintas escolaridades (primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura), siendo el nivel técnico el único con un porcentaje distinto a los demás (de 11.1% en comparación al 22.2% de los

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

demás). Estos resultados discrepan de los reportados por Acosta (2012), Aguilar (2014), Cedillo (2013), De la Rosa (2009), Galicia (2015), Hernández (2016), Prieto-Miranda *et al.* (2015), Ruíz (2003) y Vázquez (2013), ya que estos autores destacan que los cuidadores primarios de dichos estudios tienen escolaridad predominante inferior al nivel secundaria.

Por otro lado, similar a lo reportado por Acosta (2012), De la Rosa (2009), Lara (2007) y Vázquez (2013), se encontró que la mayoría de las cuidadoras primarias (55.6%) se dedicaban a las labores del hogar. Esto puede estar relacionado con el hecho de que las tareas de cuidado suelen estar íntimamente relacionadas con las tareas del hogar y la gran cantidad de tiempo que le dedican al cuidado de la persona. Aunado a lo anterior, cabe destacar que un 22.2% de la muestra se identificó como cuidadora.

Sobre el nivel socioeconómico, se encontró que la mayoría de las cuidadoras tiene un ingreso entre \$3000 y \$6000 mensuales, similar a lo reportado por Benítez (2012), quien reporta haber encontrado que la mayoría de la población estudiada pertenecía a una clase media-baja. Esto se puede deberse a que la familia, debido a la situación económica, no puede destinar un presupuesto para la contratación de alguien que lleve a cabo los cuidados de la persona que los necesita. Por tanto, designan a alguien como cuidadora primaria principal.

Tiempo dedicado al cuidado

Con respecto al tiempo que el cuidador primario ha desempeñado dicha función, se encontró que la mayoría de las cuidadoras (66.7%) han desempeñado dichas actividades por 10 años o menos, lo cual se relaciona con los hallazgos de Vázquez (2013), quien menciona que la población estudiada tiene entre 6 y 10 años siendo cuidador primario. Por otro lado, se encontró que la mayoría de las cuidadoras primarias (66.6%) dedica más de la mitad de su día a cuidar de la persona, similar a lo reportado por Prieto-Miranda *et al.* (2015). Por último, se consideró quién tomó la decisión de llevar a cabo los cuidados, mencionando la mayoría de las cuidadoras que fueron ellas quienes decidieron asumir dicho rol, habiendo solo una de ellas que lo asumió debido al nacimiento de su hijo con

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

dicha condición. Esto puede ser debido al vínculo entre las cuidadoras y la persona cuidada, previo a la existencia de la enfermedad o condición médica de la persona cuidada.

Instrumentos

Al observar los resultados obtenidos en el Test de Duelo de Polo-Scott, se encontró que todas las consultantes tuvieron una disminución, en mayor o menor medida, en todas las subescalas del instrumento (a excepción de dos consultantes, quienes presentaron una mayor puntuación en la subescala Duelo Espiritual). Esto puede ser debido a que un gran número de las sesiones estuvo dedicado a la discusión del duelo y de las tareas propuestas por Worden (2004), quien plantea que, una vez realizadas dichas tareas, la persona habrá elaborado satisfactoriamente el duelo. En este sentido, parecería que las consultantes retomaron lo mencionado en las sesiones y, a partir de ello, comenzaron su elaboración del duelo. Sin embargo, los resultados indicaron que no en todos los casos hubo un cambio significativo en los resultados del duelo. Al respecto, es importante tomar en cuenta lo dicho por Corral (2013) y Durán (2010), quienes señalan que el duelo es un proceso. Relacionado con esto, Centeno (2013) describe al duelo como un proceso singular. En este sentido, es importante considerar que cada una de las consultantes puede estar viviendo dicho proceso de la manera que considere más conveniente y, por tanto, es probable que aún no se acerquen a una resolución del duelo, pero si se encuentren en vías de resolverlo.

De las subescalas del Test de Duelo, aquella en la cual se presentó la diferencia estadísticamente significativa más relevante fue la subescala Duelo Físico, la cual se refiere a las manifestaciones físicas del duelo. Estos cambios pueden tener relación con los resultados de los otros instrumentos aplicados. Por un lado, en los resultados de la Escala de Sobrecarga del Cuidador se observó una disminución (la cual será abordada a detalle más adelante). Debido a que el desgaste generado por los cuidados brindados impacta algunas de las áreas evaluadas por esta subescala (como hábitos de sueño, alimentación y síntomas psicosomáticos), la disminución de la sobrecarga pudo haber resultado en una

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

disminución de la subescala Duelo Físico. Por otro lado, en la subescala Salud Física del Cuestionario WHOQOL-BREF también se encontraron cambios estadísticamente significativos, aumentando la percepción de la calidad de vida en este rubro. Considero que la reducción de la sobrecarga del cuidador impactó positivamente en la percepción de la Salud Física, lo cual derivó en una menor manifestación de síntomas de duelo físico.

La segunda subescala que obtuvo una diferencia estadísticamente significativa fue Duelo Social. Este resultado puede estar vinculado con la relación que las cuidadoras tienen con la persona cuidada y con los factores terapéuticos mencionados por Yalom (2000). Durante el inicio del grupo reflexivo, las consultantes mencionaron tener poca relación con la persona cuidada, comentando en varias ocasiones haber perdido la comunicación. Sin embargo, hacia el final del proceso grupal, las cuidadoras mencionaron una mejoría en la relación con la persona cuidada, llegando a narrar distintas formas de relacionarse con ellas (mediante muestras de afecto o compartir actividades recreativas). Con respecto a los factores terapéuticos, podemos retomar la universalidad, el infundir esperanza y el desarrollo de técnicas de socialización. En este sentido, el cambio pudo haberse dado debido a que, mediante el grupo reflexivo, las consultantes lograron identificar que no son las únicas personas en situación de cuidado (universalidad), observando que otras consultantes lograron salir adelante (infundir esperanza) y aprendieron distintas formas de relacionarse con otras personas (desarrollo de técnicas de socialización) pero, principalmente, con la persona cuidada.

Lo anterior parece contrario a los resultados obtenidos en la subescala Relaciones Sociales del Cuestionario WHOQOL-BREF. Esta discrepancia puede ser debida al enfoque de cada subescala: mientras que la subescala Duelo Social se encuentra enfocada a la forma de relacionarse con los demás, la subescala Relaciones Sociales se encuentra más enfocada al grado de satisfacción que las consultantes sienten con respecto a esa forma de relacionarse. Por tanto, estos resultados parecen indicar que las consultantes cambiaron la forma en que se

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

relacionan con las personas de su alrededor. Sin embargo, hubo cambios que no resultaron estadísticamente significativos, indicando una ligera mejoría con respecto a su percepción de dichas relaciones.

Por otro lado, con respecto a la subescala Duelo Psicológico, a pesar de que sí se encontraron diferencias, éstas no resultaron estadísticamente significativas. Mishara y Riedel (1987) mencionan que un duelo es inaugurado por una pérdida, pero Centeno (2013) aclara que esto solo sucede cuando se toma consciencia de la pérdida. Al inicio del proceso grupal, las cuidadoras primarias parecieron no reconocer haber perdido algo de la persona cuidada cuando ésta enfermó. Sin embargo, con el paso de las sesiones, ellas fueron reconociendo aspectos que habían cambiado o perdido a partir de ese evento. Esto puede explicar el por qué no se encontraron cambios estadísticamente significativos: las consultantes reconocían los síntomas del duelo (sin llegar a reconocer que el origen de éstos era el duelo). De esta forma, con el pasar las sesiones, ellas comenzaron a reconocer dicho duelo y, con esto, comenzaron su elaboración. Sin embargo, debido a la breve duración del grupo, es posible que las consultantes no hayan logrado elaborar completamente el duelo, lo cual estaría reflejado en las mediciones.

Relacionado con lo anterior, es importante considerar el resultado obtenido en la subescala Salud Psicológica del Cuestionario WHOQOL-BREF. En ésta se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el pretest y el posttest, obteniendo un mayor puntaje en la segunda medición, lo cual indica una mejor percepción en la calidad de vida en este rubro. Como su nombre lo dice, esta subescala se refiere a aspectos psicológicos, como la autopercepción, las emociones y la cognición. La relación entre las escalas de Duelo Psicológico y Salud Psicológica puede ser debida a que, durante un importante número de sesiones del grupo reflexivo se estuvo trabajando en el duelo de la persona cuidada; como resultado de este trabajo, y como se mencionó anteriormente, es muy probable que las consultantes se encuentren en vías de la elaboración del duelo. Sin embargo, a diferencia de su inicio en el grupo reflexivo, es probable que

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

ellas consideraran tener las herramientas necesarias para la elaboración del duelo, lo que resulta en un mayor bienestar propio y, por tanto, en la percepción de una mejor calidad de vida.

Con base en algunos de los puntos mencionados anteriormente, se puede destacar cierta relación entre subescalas e instrumentos. Con respecto al área física, parece haber una relación directamente proporcional entre la subescala Duelo Físico y la Escala de Sobrecarga del Cuidador, ya que, al hacer las comparaciones, se encontró en ambas una diferencia estadísticamente significativa, resultando en una disminución en la segunda medición. Además, parece haber una relación inversamente proporcional entre esta subescala e instrumento con la subescala Calidad de Vida Salud Física, ya que la disminución de éstas fue acompañada por un incremento estadísticamente significativo en dicha subescala.

Similar a lo anterior, se puede considerar una relación inversamente proporcional entre la Escala de Sobrecarga del Cuidador y la subescala Salud Psicológica, ya que, al disminuir la primera, se observa un incremento en la segunda. Esto puede ser explicado por los indicadores tomados en cuenta para la medición, de tal manera que una disminución en la sobrecarga emocional deriva en una mejor percepción de salud psicológica.

Además, se observó una diferencia estadísticamente significativa en los resultados de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (disminución en el postest) y las subescalas Calidad de Vida Salud Física y Salud Psicológica (aumento en el postest). Estos resultados se encuentran relacionados ya que la Escala de Sobrecarga del Cuidador pone especial énfasis en los aspectos físicos y psicológicos, los cuales suelen ser perjudicados al momento de cuidar de otra persona. Por tanto, estos resultados parecen apuntar a que una disminución de la sobrecarga emocional viene acompañada de un aumento en la percepción de la calidad de vida con respecto a la salud física y psicológica.

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

Durante el proceso grupal, y particularmente en las sesiones dedicadas al duelo, el equipo terapéutico tuvo especial cuidado en no mantener y estimular los mitos que rodean al duelo (Tarditi y Artigas, 2014), al evitar frases de aliento (*échale ganas*) y frases relacionadas la expresión de sentimientos que son usadas popularmente (*emociones buenas y malas, no llores*). De esta forma, se logró que las consultantes desmitificaran estas creencias resultando en una vivencia del duelo de una forma distinta, permitiéndose la expresión de sentimientos (al comprender que es algo normal en un duelo).

Como se mencionó anteriormente, la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit mide el nivel de sobrecarga que tiene el cuidador primario. Al realizar la revisión de los puntajes obtenidos, fue evidente la diferencia entre el pretest y en el postest de esta escala. En la primera medición, tanto grupal como individualmente, los resultados resultaron mayores. Los resultados obtenidos en esta medición se acercan más, aunque no concuerdan del todo, a los presentados por Galicia (2015), y se alejan de los presentados por autores como Leal (2013) y Vázquez (2013), quienes reportan un porcentaje menor de sobrecarga al encontrado en la presente muestra.

En algunos casos, la disminución en las puntuaciones significó un cambio en la consideración de la sobrecarga, pasando de una sobrecarga ligera o intensa, a una ausencia de sobrecarga. Incluso en aquellos casos donde la puntuación obtenida correspondía a una ausencia de la sobrecarga, se encontró que la puntuación fue menor al finalizar el grupo reflexivo. Esto indica que, a partir de su participación en el grupo, las cuidadoras primarias consideraron tener menor sobrecarga, lo cual puede ser debido a distintos factores. Por un lado, esta disminución puede ser debido a un cambio positivo en la relación con la persona cuidada (como parece indicar la subescala de Duelo Social), lo cual las llevaría a realizar los cuidados de una forma distinta, impactando de forma positiva en su percepción sobre la sobrecarga.

Por otro lado, el cambio pudo haber sido resultado de la satisfacción, mediante el grupo reflexivo, de una de las necesidades que los cuidadores

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

primarios consideran más importantes (Díaz *et al.*, 2014), a saber, el soporte emocional. Las consultantes pudieron haber recibido dicho soporte del grupo (tanto de los terapeutas como de las demás consultantes) mediante la escucha, el interés y la empatía. Además, la satisfacción de esta necesidad también puede estar relacionada con los factores terapéuticos mencionados por Yalom (2000), como el infundir esperanza, la universalidad, el altruismo y la catarsis (los cuales serán abordados al hablar sobre los aspectos grupales del estudio).

Por último, las consultantes, a partir de su participación en el grupo reflexivo, comenzaron a realizar muchos de los puntos mencionados por distintos autores y retomados por González (2014) para reducir la sobrecarga, por ejemplo, el reconocimiento y solicitud de ayuda, delegar y compartir responsabilidades, reconocimiento del bienestar propio como algo necesario, reconocer y permitir sentimientos emergentes, promoción de la independencia y autonomía del consultante, procurar el descanso y distracción propios e involucrar a la familia en las responsabilidades (Espinosa & Rodríguez, 2007; Faur, 2005; Salmeron & Alonso, 2004). Es probable que dichas actividades también hayan impactado la percepción de la calidad de vida (la percepción de calidad de vida global, salud global percibida, salud física y salud psicológica), ya que estas actividades impactan directamente las áreas que estas subescalas evalúan.

Retomando lo mencionado por De la Rosa (2009) y López (2015) con respecto a la relación entre sobrecarga y padecimiento de la persona cuidada, es importante tener en cuenta que el grupo no fue homogéneo con respecto a los padecimientos de las personas cuidadas, lo cual podría explicar las diferencias entre los puntajes obtenidos en el postest (obteniendo algunas consultantes puntajes más bajos que otros).

En el grupo reflexivo se mostraron algunos atisbos del maltrato o negligencia como consecuencia de la sobrecarga (López, 2015), ya que algunas consultantes llegaron a mencionar la posibilidad de tener malos tratos hacia la persona cuidada. Sin embargo, las consultantes no mencionaron de forma explícita alguna de estas

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

conductas, por lo cual no se puede asegurar que hayan sido casos de maltrato o negligencia.

A diferencia de lo reportado por Salinas, Valero y Cruz (2007), en el presente estudio no se encontró la relación inversamente proporcional entre los años de cuidado y la sobrecarga del cuidador ya que, al comparar las puntuaciones y años de cuidado, consultantes con los mismos años de cuidado no obtuvieron puntuaciones similares, consultantes con menos años obtuvieron menor sobrecarga que aquellas con más años de cuidado y a la inversa.

Análisis cualitativo

En el presente apartado se abordará el análisis cualitativo del grupo reflexivo, tanto a nivel grupal como individual. Con respecto al grupo, se abordarán las características, propiedades (González Núñez, 1992; 1999) y factores terapéuticos (Yalom, 2001) del grupo, así como la sobrecarga emocional, el duelo y la calidad de vida a lo largo del proceso. Con respecto al análisis individual, se considerarán las variables de duelo, sobrecarga emocional y calidad de vida, tomando en cuenta los resultados de los instrumentos.

Análisis del grupo reflexivo

Dentro del grupo reflexivo se encontraron muchas de las particularidades descritas por la literatura sobre las características de los grupos.

Con respecto a las características definidoras mencionadas por González Núñez (1992), se observó que el grupo tuvo una importante cohesión, ya que solían tener actitudes tendientes a la integración (tanto entre las consultantes, como de las consultantes hacia el equipo terapéutico) lo cual se vio favorecido por la meta común compartida por todas las consultantes. Estos dos factores favorecieron en gran parte el proceso grupal, ya que permitieron una expresión abierta sobre su experiencia y su afecto, al sentirse cómodas en el espacio grupal. Además, la interdependencia entre las consultantes se manifestó cuando una de ellas se ausentaba, comentando su ausencia e incluso dejando vacío el lugar que solían ocupar.

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

Relacionado con lo anterior, con respecto a las propiedades de los grupos mencionadas por González Núñez (1992), la atmósfera positiva que predominó en las sesiones permitió el esquema de participación multidireccional, siendo común que las consultantes hicieran comentarios abiertos (tanto a las otras consultantes como a los terapeutas). Además, el proceso grupal se vio muy favorecido debido a la importante cohesión que manifestó el grupo, lo cual llevó a constantes identificaciones con otras consultantes (la cual solía ser verbalizada constantemente), ya que les ayudó a ver como otras personas pueden estar en una misma situación y han salido delante de ella (lo cual se relaciona con los factores terapéuticos del grupo mencionados por Yalom en el 2000, los cuales serán abordados más adelante).

Debido a que el grupo reflexivo no es un grupo terapéutico, no se presentaron muchos de los elementos desintegrativos (González Núñez, 1999) que suelen surgir con el paso de varias sesiones. Sin embargo, si se mostraron los elementos integrativos (como afectos positivos, admisión de culpas propias, búsqueda de reparación, idealización del equipo terapéutico, actitud positiva hacia los consultantes y el equipo terapéutico, incorporación de las partes positivas de las demás consultantes, entre otras). Como se mencionó, esto pudo haber sido debido a las pocas sesiones que fueron trabajadas, además de que el grupo reflexivo queda en una zona entre un grupo sin finalidades terapéuticas y un grupo propiamente terapéutico.

Por otro lado, con respecto a los factores terapéuticos mencionados por Yalom (2001), solo estuvo ausente la recapitulación correctiva del grupo familiar primario. Esto pudo haber sido debido a que el objetivo del grupo reflexivo no estuvo enfocado a dicho tema, aunado a las pocas sesiones que se trabajaron, lo cual no permitió que se diera este proceso de recapitulación. Con respecto a las técnicas de socialización, a pesar de que el grupo no tenía como objetivo enseñar técnicas de socialización, hubo ciertos cambios en la manera en que las cuidadoras primarias se relacionaron con las personas cuidadas. Esto pudo haber sido debido a la influencia de otros factores terapéuticos (como aprendizaje

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

interpersonal, información participativa y conducta imitativa). Además, también puede estar relacionado con la resolución del duelo, ya que, una vez que los sentimientos negativos son reconocidos y comienzan a ser elaborados, esto puede derivar en una mejor percepción de la persona cuidada y, por tanto, resultar en una mejor forma de relacionarse con ella (socialización distinta).

Por otro lado, con respecto a la sobrecarga del cuidador, ésta fue una variable que en el inicio del proceso grupal estaba muy presente (mediante la expresión de cansancio, fastidio, enojo, entre otras) pero que, con el paso de las sesiones fue disminuyendo. Además, con el paso de las sesiones, la forma de expresión de las consultantes fue cambiando de un tono de preocupación a un tono de calma, aunado a la discusión de temas que dejaban ver un cambio en la perspectiva, considerando que tenían cosas por mejorar, pero se encontraban haciendo cosas para mejorarlas (por ejemplo, entender que podría recibir ayuda de otras personas o dedicar más tiempo a su autocuidado).

Con respecto al duelo, en un inicio, las consultantes no identificaban que hubiera una pérdida de la persona que estaban cuidando, considerando que esto solo cambió su estilo de vida (más no su relación con esa persona). Esto pudo haber estado relacionado con el hecho de que la pérdida que ellas experimentaron es una pérdida ambigua (Boss, 2001), en la cual no tenían claro aquello que habían perdido. Con el paso de las sesiones, y principalmente al final del proceso, las consultantes hablaban del duelo como el proceso que han de vivir para superar la pérdida percibida por ellas con respecto a la persona cuidada (pérdida de comunicación, de afecto, etc.), lo cual pudo deberse al énfasis puesto por el equipo terapéutico en este aspecto. En este sentido, y siguiendo lo mencionado por Centeno (2013), las consultantes pudieron haber comenzado el duelo una vez iniciado el grupo, ya que antes de esto, ellas no eran conscientes de la pérdida experimentada (por lo cual no podían haber comenzado el duelo propiamente). Además, muchas de ellas mencionaban estar en un proceso de sanación, el cual no se encontraba concluido, pero que ahora contaban con las herramientas para afrontarlo de mejor manera. Esto se encuentra relacionado con lo mencionado por

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

distintos autores (por ejemplo, Barreto y Soler, 2007; Montes, 2011; Worden, 2004), quienes destacan la importancia de entender el duelo como un proceso, el cual no es repentino sino paulatino.

Relacionado con el duelo, en un inicio, los temas de las consultantes se encontraban más relacionados con las primeras etapas del duelo, como la conmoción e incredulidad mencionada por Lindemann (Tizón, 2004), el shock y negación (Meza *et al.*, 2008) y negación y cólera mencionada por Kübler-Ross (Centeno, 2013). Hacia el final del grupo reflexivo, los temas tratados por las consultantes estaban más relacionados con etapas más avanzadas del duelo como una aproximación a la resolución del duelo, mencionada por Lindemann, la consideración de seguir hacia adelante mencionada por Meza *et al.*, y la aceptación mencionada por Kübler-Ross, además de un entendimiento del duelo como un proceso individual, mencionado por Centeno.

Por último, con respecto a la calidad de vida, al inicio del proceso se observó que las consultantes manifestaban una muy baja calidad de vida al mencionar los descuidos propios (al no comer en ocasiones, centrarse demasiado en las actividades de cuidado) que, en ocasiones, las hacía sentir enfermas (incluso considerando que ellas se iban a morir antes que la persona cuidada), así como la casi nula actividad social (refiriendo estar la mayor parte del tiempo en el domicilio con las personas cuidadas).

Análisis por consultante

Elvira.

Con respecto al duelo, la consultante comenzó el proceso grupal destacando muchos sentimientos negativos (como el dolor, la tristeza y el enojo) que se encuentran en las primeras etapas del duelo (Meza *et al.*, 2008 y Kübler-Ross, 1969). Sin embargo, hacia el final del proceso grupal, la consultante comenzó a destacar cuestiones relacionadas a las últimas etapas del duelo, al hablar sobre la aceptación y la recolocación emocional (Kübler-Ross, 1969; Worden, 2004). Esta elaboración del duelo se vio reflejada en los resultados de las pruebas. En el Test de Duelo, en la subescala Duelo Psicológico, la consultante reportó iniciar el grupo

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

reflexivo con rasgos del duelo y, al final del mismo, reportó no tener síntomas de duelo. Por otro lado, en la subescala de Duelo Físico la consultante obtuvo similares resultados. Esto se relaciona con los resultados obtenidos en la Escala de Sobrecarga de Cuidador. En dicha escala, si bien no obtuvo una puntuación que indicara la presencia de sobrecarga, los resultados indican que en la segunda medición los puntajes fueron menores, lo cual refleja lo mencionado por la consultante sobre un mayor bienestar emocional. El hecho de que este puntaje no indicara una sobrecarga discrepa con lo mencionado durante las primeras sesiones del grupo reflexivo (al reportar sentir mucho cansancio y ansiedad), lo cual puede estar relacionado con la idea de que las tareas de cuidado eran obligación y responsabilidad de Elvira. En este sentido, la consultante pudo haber considerado que no estaría cumpliendo con su responsabilidad si sintiera sobrecarga al cuidar a su madre, por tanto, no reportó en el instrumento dicha sobrecarga.

Relacionado con lo anterior, el porcentaje obtenido en la subescala Calidad de Vida Psicológica también refleja el mayor bienestar emocional percibido por Elvira. Además, se encuentra una relación entre las subescalas Duelo Físico y Calidad de Vida Física, ya que en la primera no se encontraron síntomas del duelo hacia el final del grupo reflexivo y en la segunda se encontró un aumento en el porcentaje. Esto puede estar indicando que, al comenzar el proceso de elaboración del duelo, la consultante sintió menos los síntomas físicos manifestados durante el duelo y, por tanto, percibe una mejor calidad de vida en lo físico.

Por tanto, tomando en cuenta los resultados obtenidos en los instrumentos y el desarrollo a lo largo de las sesiones, se considera que Elvira no ha elaborado completamente la pérdida vivida al enfermar su madre. Sin embargo, se encuentra elaborando este duelo y, como resultado de esa elaboración, la consultante ha observado cambios positivos en su calidad de vida, así como una disminución de la sobrecarga emocional que los cuidados le generan.

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

Justina.

Con respecto al duelo, al iniciar el grupo reflexivo, la consultante mostró diversas situaciones que los autores identifican como característicos de las primeras etapas del duelo (Kübler-Ross, 1969; Meza *et al.*, 2008). Esto se relaciona con los resultados obtenidos en el Test de Duelo, ya que obtuvo puntuaciones correspondientes a presencia de rasgos de duelo y presencia de duelo moderado. Sin embargo, hacia el final del grupo reflexivo, Justina habló sobre la aceptación de la condición de su hermana (última etapa del duelo mencionada por Kübler-Ross en 1969) y haciendo intentos de recolocarla emocionalmente (última tarea del duelo mencionada por Worden en 2004).

Los resultados de la subescala Duelo Psicológico fueron muy similares entre el pretest y postest. Sin embargo, en la subescala Calidad de Vida Psicológica se vio un considerable aumento en el porcentaje. Aunque aparentemente discrepantes, los resultados podrían indicar que Justina se encuentra elaborando el duelo, sin llegar a elaborarlo por completo (debido a que ella considera necesitar más tiempo para elaborar las pérdidas recientes) pero, como resultado de su participación en el grupo reflexivo, tiene una perspectiva distinta de las situaciones a las cuales se enfrenta, resultando en una mejor calidad de vida psicológica.

Relacionado con lo anterior, en la subescala Duelo Físico se observó un cambio importante, iniciando con un duelo moderado y terminando una ausencia de síntomas de duelo. Esto se encuentra relacionado con los resultados de la subescala Calidad de Vida Salud Física, en la cual se observó un ligero aumento en el porcentaje.

Además de estos resultados, es importante considerar la Escala de Sobrecarga del Cuidador. A pesar de que las puntuaciones en ambas mediciones indicaron una ausencia de sobrecarga, al considerar los puntajes se observa que la segunda medición fue menor en comparación a la primera. Esto se relaciona con la percepción distinta con respecto a los cuidados que Justina menciona en la última sesión del grupo reflexivo. También se encuentra relación entre su

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

sensación de cansancio al inicio del grupo reflexivo y un menor cansancio hacia el final del mismo, dando mayor sentido a los resultados de las subescalas Duelo Físico, Calidad de Vida Salud Física y Calidad de Vida Salud Psicológica, lo cual puede estar indicando que una disminución de los indicadores físicos del duelo impactaron en la percepción de su calidad de vida, tanto física como psicológica.

Por tanto, los resultados de los párrafos anteriores explican que Justina, en el Cuestionario WHOQOL-BREF haya puntuado mejor su percepción sobre su salud global, considerando tener, al inicio del grupo, una salud muy insatisfactoria y, al final del mismo, tener una salud normal.

En la subescala Duelo Social, los resultados de Justina en la última sesión señalaron la ausencia de síntomas de duelo. Esto se encuentra relacionado con los resultados de la subescala Calidad de Vida Relaciones Sociales, en la cual obtuvo un considerable aumento en el porcentaje. Esto puede estar indicando una mejoría en las relaciones sociales como resultado del comienzo de la elaboración del duelo.

Magdalena.

Con respecto al duelo, la consultante comenzó hablando sobre los sentimientos negativos que tenía hacia su madre, como enojo o desesperación. Hacia el final del proceso grupal, ella comentó sobre la aceptación de distintas situaciones (la última etapa del duelo de Kübler-Ross, 1969) y sobre una recolocación emocional de su madre (la última tarea del de Worden, 2004). Los resultados en las subescalas del Test de Duelo reflejan un cambio en la situación del duelo, al obtener puntuaciones menores en la segunda medición. Sin embargo, en ninguna se refleja una ausencia de síntomas de duelo.

Al inicio del grupo reflexivo, Magdalena destacó que evitaba tener una vida social debido al cuidado de su madre (usando los cuidados como pretexto), lo cual le generaba malestar. Esto se reflejó en las subescalas Duelo Social y Calidad de Vida Relaciones Sociales. Sin embargo, hacia las últimas sesiones, la consultante destacó la importancia de mejorar el área social, además de haber mejorado la relación con su madre. Por tanto, la disminución del puntaje en la subescala de

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

duelo y un mejor porcentaje en la subescala de calidad de vida puede ser un reflejo del cambio en las relaciones sociales, principalmente con su madre.

Con respecto a la salud, Magdalena reportó una disminución en los indicadores de duelo físico y psicológico. Esto se relaciona con el aumento en las subescalas Calidad de Vida Salud Física y Calidad de Vida Salud Psicológica. Si bien los resultados en las subescalas de duelo no indican la ausencia del duelo, sí indican un cambio positivo en la segunda medición con respecto a la primera, pudiendo indicar el comienzo de la elaboración del duelo y un mayor bienestar ya que, si bien el duelo está presente, a lo largo de las sesiones se trabajaron aspectos que posteriormente podrán ser utilizados para terminar la elaboración.

Relacionado con lo anterior, la disminución en la subescala Duelo Físico y el aumento en la subescala Calidad de Vida Salud Física pueden estar relacionados con la disminución en la puntuación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador. En este sentido, la disminución de la sobrecarga puede estar relacionada con la disminución de los indicadores físicos del duelo, los cuales impactan positivamente en la percepción de la calidad de vida.

Gisel.

Con respecto al duelo, los resultados de la consultante, para algunas subescalas, se mantuvieron en la misma categoría. Sin embargo, en casi todos se presentó una menor puntuación. Con respecto a la subescala Duelo Psicológico, se mostró una ligera disminución el puntaje obtenido (aunque se mantuvo en la categoría rasgos de duelo). Esto se encuentra relacionado con el también ligero aumento en la subescala Calidad de Vida Salud Psicológica. Algo similar sucede con los resultados obtenidos en las subescalas Duelo Físico y Calidad de Vida Salud Física. El hecho de que Gisel no haya manifestado cambios tan marcados puede estar relacionado con la muerte, hace varios años, de las personas que cuidaba. En este sentido, es probable que experimente un duelo crónico (en el cual, como menciona Buendía en el 2001, predominan la ansiedad, el desconsuelo, la cólera y los autorreproches) de su padre y su hermana, lo cual le estaría dificultando la elaboración. En este sentido, sería importante considerar

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

que el tiempo para elaborar dichas pérdidas pueda ser mayor comparado con las demás cuidadoras primarias.

Marta Enriqueta.

Con respecto a las demás integrantes del grupo, dio la impresión que Marta Enriqueta ya había comprendido distintas cosas (y elaborado algunas de ellas) con respecto a la condición de su hijo, lo cual explica las bajas puntuaciones obtenidas en ambas mediciones del Test de Duelo. A pesar de esto, las puntuaciones obtenidas en las subescalas fueron ligeramente menores en la segunda medición. Estos resultados se relacionan con los resultados de algunas subescalas del Cuestionario WHOQOL-BREF.

La disminución en la subescala Duelo Psicológico se relaciona con el aumento del porcentaje en la subescala Calidad de Vida Salud Psicológica. Se encuentran similares resultados al comparar las subescalas Duelo Físico y Calidad de Vida Salud Física, lo cual puede indicar que, al continuar con la elaboración del duelo, los indicadores físicos y psicológicos de duelo disminuyen, impactando esto en la calidad de vida física y psicológica percibida. Esto se encuentra relacionado también con la importante disminución en la sobrecarga del cuidador reportada por Marta Enriqueta. En este sentido, pareciera que, al haber una elaboración del duelo, hubo un abrupto cambio en la percepción de su rol como cuidadora primaria, lo cual también impactó en la percepción de su calidad de vida.

Olivia.

Al observar las puntuaciones obtenidas en el Test de Duelo, se observa una disminución, a pesar de que algunas de ellas se encuentran en la misma categoría (duelo moderado o duelo profundo). Esto se relaciona con lo mencionado a lo largo del grupo reflexivo, ya que constantemente hablaba de rasgos característicos de las primeras etapas del duelo, como enojo, nostalgia y tristeza (Buendía, 2001). El hecho de que las puntuaciones obtenidas en la segunda medición aun correspondan a la presencia de duelo puede estar relacionado con la aparente aceptación de la condición de la madre. En este sentido, quizá Olivia

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

mencionó haber aceptado la condición de su madre ya que, en dicha sesión, las demás consultantes hablaron sobre esa aceptación.

Sin embargo, lo anterior no significa que Olivia no haya elaborado algo con respecto a la pérdida, lo cual explicaría los resultados del Cuestionario WHOQOL-BREF, en los cuales se encontraron ligeras mejoras en los puntajes de las subescalas Calidad de Vida Salud Física y Salud Psicológica.

La mejoría con respecto a la percepción en la calidad de vida física y psicológica puede estar relacionada con la disminución de la sobrecarga del cuidador. De esta manera, al considerar tener menos sobrecarga, Olivia pudo haber considerado que su calidad de vida física y emocional había mejorado.

Marta.

Con respecto a las puntuaciones obtenidas en las subescalas del Test de Duelo, se observa que algunas puntuaron más bajo y otras más alto en la segunda medición. Las subescalas que puntuaron más bajo en el postest fueron Duelo Físico y Duelo Social. Estos resultados se relacionan con las puntuaciones obtenidas en las subescalas Calidad de Vida Salud Física y Calidad de Vida Relaciones Sociales, respectivamente. Esto parece indicar que, al comenzar una elaboración del duelo, estos indicadores disminuyeron, lo cual fue percibido como una mejora en la calidad de vida.

Relacionado con lo anterior, la subescala Duelo Psicológico fue mayor en la segunda medición, mientras que la subescala Calidad de Vida Salud Psicológica también aumentó. Estos resultados pueden indicar el inicio de la elaboración del duelo por parte de Marta. Debido a que se encuentra en proceso de elaboración, la intensidad de los indicadores puede ser mayor. Sin embargo, los resultados de la subescala Calidad de Vida Salud Psicológica pueden estar indicando una mejor percepción de su calidad de vida ya que, como resultado del grupo reflexivo, la consultante puede considerar que podrá afrontar de mejor manera el duelo.

Conclusiones

A partir de los resultados expuestos y la discusión hecha con respecto a ellos, se puede concluir lo siguiente:

- Con respecto al perfil del cuidador primario, en el presente estudio se trató de una mujer soltera entre las los 45 y 75 años que decidió ser cuidadora primaria de la persona enferma, con cierta escolaridad (variable desde primaria hasta licenciatura) dedicada principalmente a las tareas del hogar. Estas tareas involucran mayormente el cuidado del enfermo, al cual le dedican más de la mitad del día, y tienen ingresos económicos mensuales entre los \$3000 y \$6000.
- Por otro lado, el objetivo del presente trabajo fue alcanzado, ya que éste buscaba medir el impacto que tendría la participación de cuidadoras primarias en un grupo reflexivo en el duelo, la sobrecarga emocional y la calidad de vida. Aunado a esto, la hipótesis planteó que la elaboración del duelo de la persona cuidada impactaría en la percepción que las cuidadoras primarias tendrían con respecto a la sobrecarga emocional y la calidad de vida. En este sentido, al realizar la comparación de los resultados obtenidos en los instrumentos, se encontró una disminución en los puntajes del Test de Duelo y Escala de Sobrecarga del Cuidador una vez concluido el grupo reflexivo, así como un incremento en los porcentajes del Cuestionario WHOQOL-BREF. Con base en esto, se puede considerar que comenzó una elaboración del duelo (explicado por la disminución, en mayor o menor medida, de los puntajes del Test de Duelo), lo cual disminuyó la sobrecarga emocional percibida por las cuidadoras y aumentó la percepción de calidad de vida.
- Relacionado con el duelo, se encontró que la mayoría de las consultantes logró identificar (en algún punto del proceso grupal) que la relación previa con la persona cuidada estaba impactando de alguna manera en su percepción sobre las tareas de cuidado y, por tanto, en la sobrecarga percibida.

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

- Además, con respecto a esta elaboración, se encontró que la mayoría de las consultantes terminó el grupo reflexivo sin haber logrado una elaboración completa del duelo (como lo indican los resultados del Test de Duelo). Sin embargo, la disminución de los puntajes parece indicar un comienzo de elaboración, lo cual disminuyó la sobrecarga percibida y aumentó la percepción de su calidad de vida (especialmente en el aspecto psicológico).
- Al retomar la calidad de vida, se encontró que ésta aumentó en mayor o menor medida. Las cuidadoras primarias observaron cambios no significativos en la calidad de vida de su ambiente y de sus relaciones sociales. Las consultantes observaron cambios significativos en su salud global y la calidad de vida física. Por último, las consultantes observaron un mayor cambio con respecto a la calidad de vida global y psicológica, resultando más significativa esta última.
- Con base en lo anteriormente mencionado, se puede considerar que el reconocimiento del duelo, y el inicio de su elaboración, pareció disminuir la sobrecarga emocional percibida por las cuidadoras, lo cual impactó positivamente en la percepción de su calidad de vida física y psicológica.

Limitaciones y sugerencias

A pesar de los resultados observados y el cumplimiento de los objetivos propuestos por el presente estudio, es importante señalar que éste se encontró con algunas limitaciones a considerar:

- *Tamaño de la muestra.* Es importante señalar que el presente estudio se encontró conformado por un grupo reflexivo, lo cual limita la comparación de los resultados. Debido a esto, sería importante llevar a cabo el grupo reflexivo a más cuidadoras primarias para corroborar su efectividad.
- *Homogeneidad de la enfermedad de la persona cuidada.* Debido a las características del Centro donde fue llevado a cabo el grupo reflexivo, no resultaba ideal tomar la enfermedad de la persona cuidada como

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

un criterio de inclusión. Sin embargo, como se mencionó en la discusión, es probable que el tipo de enfermedad tenga un impacto en las variables medidas. Por tanto, el grupo reflexivo podría ser replicado en espacios donde se encuentren cuidadores primarios de algún tipo de enfermo, para observar los resultados obtenidos con la homogeneidad de esta variable.

- *Número de sesiones.* Debido a las características del Centro donde fue realizado el estudio, el grupo reflexivo tuvo un número limitado de sesiones. Sin embargo, debido al especial énfasis puesto en el duelo, sería importante considerar replicar la estructura de las sesiones propuesta, permitiendo cierta flexibilidad con respecto al número de sesiones, especialmente al cerrar el tema del duelo. De esta forma, el grupo podría avanzar a un ritmo menos apresurado, dándolo por terminado cuando las consultantes se encontrarán en las últimas etapas del duelo.

Referencias

- Acosta, A. (2012). *Factores objetivos relacionados con la presencia de carga del cuidador primario del paciente con lesión medular*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Aguilar, J.K. (2014). *Correlación del síndrome de desgaste y co-morbilidad psiquiátrica del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia con el apego a la consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Aguilar, M.C. (2008). *La intervención terapéutica en el duelo de la mujer violada desde el enfoque existencial humanístico de la psicoterapia Gestalt*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Alonso, A. y Swiller, H.I. (1995). *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México: Manual Moderno.
- Ardilla, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Astudillo, W. y Mendinueta, C. (2003). Necesidades de los cuidadores de los pacientes crónicos. En Guía de recursos sociosanitarios en el final de la vida en Guipúzcoa, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Barreto, P. y Soler, M.C. (2007). *Muerte y duelo*. España: Editorial Síntesis.
- Barroso, R. (2008). *Entrenamiento en calidad de vida a familiares y cuidadores primarios de pacientes con demencia*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Benítez, G. (2012). *Afrontamiento de la enfermedad y su relación con la presencia de ansiedad del cuidador primario de la persona con demencia*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.

Referencias

- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua*. Barcelona: Gedisa.
- Bowman, T. (1997). Shattered dreams, resiliency, and hope: "Restorying" after loss". *Journal of Personal & Interpersonal Loss*, 4(2), 179-193.
- Buendía, R.M. (2001). *Duelo. Factores que lo obstaculizan y lo facilitan*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Cano, C.A. y Matallana, D.L. (2008). Demencias. En C. Gómez, G. Rojas, H. Santacruz y M. Uribe (Eds.), *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y Tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (408-414). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Castañedo, C. (1997). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora*. Barcelona: Herder.
- Cedillo, A.G. (2013). *Afrontamiento y ansiedad del cuidador primario de pacientes en estado de postración*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Centeno, C. (2004). *Cuidar a los que cuidan. Qué y cómo hacerlo*. Jaén: Formación Alcalá.
- Centeno, C. (2013) *Gestión del duelo y las pérdidas...Aprendiendo a convivir con lo ausente*. España: Formación Alcalá.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Corral, O. (2013). *Pérdidas, duelos y resiliencia*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Cruz, E. (2014). *Sobrecarga y daño a la salud del cuidador primario de una persona con enfermedad de Alzheimer*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.

Referencias

- Cubero, P. (2002). *Diagnóstico y tratamiento de las demencias en Atención Primaria*. Barcelona: Masson.
- Dellarossa, A. (1979). *Grupos de reflexión. Entrenamiento institucional de coordinadores y terapeutas de grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- Del Pino, J., García, J. y Beviá, F. (2008). *Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica*. Recuperado el 7 de abril del 2016, en: http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates_l/pdf/ESP/434e.pdf
- Deví, J. & Deus, J. (2004). *Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: Una aproximación práctica e interdisciplinar*. Barcelona: ISEP Editorial.
- Díaz, S. (2012). *Determinación de la calidad de vida con la encuesta PIQoL-AD en padres o cuidadores primarios de pacientes con dermatitis atópica menores de 11 años de edad, que acuden a consulta al Centro Dermatológico Pascua*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Díaz, D.M, Arango-Lasprilla, J.C., Espinosa, I.G. y Rivera-Ledesma, A. (2014). Necesidades y sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con traumatismo craneoencefálico. *Psicología desde el caribe*, 31(3), 393-415.
- Durán, M.C. (2010). *Las pérdidas y sus duelos*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Estado de México.
- Espinosa, M., y Rodríguez, R. (2007). Cuidadores. En R. Rodríguez y G. Lazcano (Eds.), *Práctica de la Geriatría* (43-49). México: McGraw Hill.
- Expósito, Y. (2010). Intervención personalizada a cuidadores primarios de mujeres con cáncer avanzado de mama que reciben Cuidados Paliativos. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3). 130-143.
- Flores, G.M y Arcos, M.E. (2011). Afrontamiento y sobrecarga subjetiva en cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia. *Revista de Psicología Universidad Católica San Pablo*, 1, 39-48.

Referencias

- Galicia, L. (2015). *Desgaste del cuidador primario en pacientes oncológicos terminales de la UMF 94 del IMSS*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- García, J.A. (2011). *Prevalencia de depresión en personas cuidadoras de pacientes con enfermedad crónico degenerativa terminal*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- García-Calvente, M.M., Mateo-Rodríguez, I., y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 2), 83-92.
- Germán, J.L. (2015). *Propuesta de un taller dirigido a grupos de terapia para pacientes con quemaduras para la creación de grupos de autoayuda a través del análisis existencial de la logoterapia*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Gómez, A.E. (2005). Envejecimiento poblacional y síndrome del cuidador. *Farmacia Profesional*, 19(2), 80-82.
- Gómez, M.M. (2007). Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(2), 60-71.
- Gómez, R.E. (1996). *Manifestación de la resistencia y su manejo terapéutico en una terapia grupal al corto plazo*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- González, E.D. (2011). *Efectos en el paciente y su familia ante el diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- González, G. (2014). *Más allá del paciente con Alzheimer: intervenciones psicológicas hacia el cuidador primario*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- González Núñez, J.J. (1992). *Interacción grupal*. México: Nociones.

Referencias

- González Núñez, J.J. (1999). *Psicoterapia de grupos. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. México: Manual Moderno.
- Guimón, J. (2003). *Manual de terapias de grupos. Tipos, modelos y programas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Herbias, L., Aguirre, R., Bravo, H. y Avilés, R. (2016). Significado de calidad de vida en pacientes con terapia de hemodiálisis: un estudio fenomenológico. *Enferm Nefrol* 19(1), 37-44.
- Hernández, F.A. (2016). *Estado psicológico del paciente precandidato a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas y su cuidador primario*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Huerta, L. (2015). *Terapia narrativa grupal para adultos que sufrieron abuso sexual en la infancia*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Ista, N.S. (2010). *El significado del duelo: una red semántica*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Lara, G. (2007). *Perfil del cuidador, sobrecarga y apoyo familiar e institucional en el cuidador primario, en primer nivel de atención*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Lara, S. y Pérez, E.V. (2011). *La relevancia del apoyo social en los hábitos negativos de pacientes con enfermedad crónico-degenerativa*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Leal, M. (2013). *Prevalencia de sobrecarga y enfermedades relacionadas en el cuidador primario del adulto mayor*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- López, N.I. (2015). *Estrategia de intervención social para prevenir la sobrecarga del cuidador primario informal de adultos mayores con enfermedad renal*

Referencias

- crónica*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Mazarrassa, A. (1996). *Salud pública y enfermería comunitaria*. Vol. I. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.
- Méndez, L.P. (2015). *Evaluación de la dependencia funcional en pacientes pertenecientes al programa de AMED y asociación con la presencia de colapso de su cuidador primario*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S., y Martínez, B. (2008). El proceso de duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1). 28-31.
- Mishara, B.L. y Riedel, R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. España: Ediciones Morata.
- Molinuevo, J.L. y Hernández, B. (2011). Evaluación de la información suministrada por el médico especialista sobre la enfermedad de Alzheimer y de la retención lograda por los cuidadores del enfermo. *Neurología*, 27(8), 453-471.
- Montalvo, A.A. (2007). Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, en la ciudad de Cartagena. *Avances de enfermería*, 25(2), 90-100.
- Montes, E. (2011). *Mirada al proceso de duelo y pérdida bajo el enfoque sistémico*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Moreno, J.L. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Muñoz-Campos, N.M., Lozano-Nuevo, J.J., Huerta-Ramírez, S., Escobedo-de la Cruz, R.C., Torres-Reyes, P. y Loaiza-Félix, J. (2015). Asociación entre

Referencias

colapso del cuidador y pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna. *Med Int Méx*, 31, 528-535.

Oblitas, A. (2004) *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: International Thomson

Organización Mundial de la Salud. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. *Geneva: World Health Organization*. Recuperado el 4 de mayo de 2016 de <http://www.who.int/iris/handle/10665/63529>.

Ospina, A.M. (1998). El duelo anticipatorio del anciano como paciente terminal. *Revista de Trabajo Social*. 89-99.

Oviedo, L.A. y Pozadas, B.N. (2006). *La pérdida y el duelo desde una visión constructivista-narrativa*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.

Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo des un modelo integrativo-relacional*. España: Paidós.

Pérez, M.S. (2005). *La pérdida y el duelo*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Estado de México.

Pérez-Godoy, E. y Moreno-Guerín, A.J. (2007). Duelo y muerte en cuidadores familiares y profesionales de enfermos de Alzheimer. *Gerokomos*, 18(2). 68-71.

Prieto-Miranda, S.E., Arias-Ponce, N., Villanueva-Muñoz, E.Y. y Jiménez-Bernardino, C.A. (2015). Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Med Int Méx*, 31, 660-668.

Polo-Scott, M.A. y Polo-Scott M.P. (2007). *Psicoterapia Gestalt en el manejo y resolución del duelo*. México: MC México.

Referencias

- Portuondo, J.A. (1985). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Reyes, J.E. (2014). *Terapia de grupo para madres y padres con hijos con osteosarcoma en el Hospital Infantil de México Federico Gómez*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Reyes, P.A. (2013). Informe sobre enfermedades crónicas no transmisibles: el contexto para el programa Meta → Salud en Sonora. Recuperado de http://alamo.colson.edu.mx:8085/sitios/CESS/091020_frutosTrabajo/frutos_archivos/Reyes2013_InformeSobreEnfermedades.pdf
- Rivera, B., Casal, B., y Currais, L. (2009). Provisión de cuidados informales y enfermedad de Alzheimer: valoración económica y estudio de la variabilidad del tiempo. *Revista de Economía Pública*, 189, 107-130.
- Rivera, H., Dávila, R., y González, A. (2011). Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(1), 27-32.
- Rodríguez, H. (2009). *Evaluación de calidad de vida, estilos de afrontamiento y sintomatología de ansiedad/depresión en pacientes candidatos a trasplante hepático*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Rogers, C.R. (1973). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Romero, Z. y Cuba, M. (2013). Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú. *Rev Med Hered*, 24, 204-209.
- Ruíz, M.R. (2003). *Características Físicas, Psicológicas y Sociales del Cuidador Primario del Adulto Mayor, Perteneciente al Programa de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (ADEC) Hospital General de Zona No. 24*

Referencias

- del Instituto Mexicano del Seguro Social*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Rutan, J.S. (1996). Terapia psicoanalítica de grupo. En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Terapia de grupo* (pp. 149-157). España: Editorial Médica Panamericana.
- Sáenz, A.P. (2014). *Multiplicidad de voces en la aproximación grupal a la terapia como diálogo hermenéutico y constructorista: una propuesta para escenarios institucionales*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Saiz, G.M., Bordallo, J.R. y Galicia, J.N. (2008). El cuidador como paciente. *FMC*, 15(7), 418-426.
- Salinas, N.M., Valero, A., Cruz, N. (2007). El impacto social y las modificaciones en la dinámica familiar del cuidador primario del paciente con esquizofrenia. *Resúmenes de investigación*. 68-69.
- Salmerón, M., y Alonso, P. (2004). Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 60, 129-147.
- Sánchez, R.T., Molina, E.M. y Gómez-Ortega, O.R. (2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1171-1184
- Sandoval, A.I. (2008). Propuesta de integración psicoterapéutica en el trabajo con grupos: una alternativa institucional. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Santillán, L. (2008). *La narrativa, la experiencia de pérdida y el proceso de duelo en los niños*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Sbandi, P. (1980). *Psicología de grupos*. Barcelona: Editorial Herder.

Referencias

- Sosa, M.G. (2008). *Manejo del paciente hipertenso de difícil control, funcionalidad familiar y calidad de vida*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, Zacatecas.
- Tarditi G. y Artigas, F. (2014). *El duelo. Cómo integrar la pérdida en nuestra biografía y continuar viviendo plenamente*. México: Distribuciones Fontamara.
- Tartaglini, M.F., Ofman, S.D. y Stefani, D. (2010). Sentimiento de sobrecarga y afrontamiento en cuidadores familiares principales de pacientes con demencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 221-226.
- Tizón, 2004. *Pérdida, pena y duelo: vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona, México: Paidós Fundación Vida I. Barranquiel.
- Turró, O. (2007). Repercusiones de la enfermedad de Alzheimer en el cuidador. *Alzheimer. Real Invest Demenc*, 35, 30-37.
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.
- Vaimberg, R. (2012). *Psicoterapia de grupo. Psicoterapia de grupo online*. Barcelona: Octaedro.
- Vázquez, A.L. (2010). *Significado de pérdida, proceso de duelo y estrategias de afrontamiento*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Vázquez, M.A. (2011). *Sobrecarga del cuidador primario informal de pacientes diabéticos tipo 2 con complicaciones en una unidad de primer nivel de atención*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.
- Vergara, S. (2009). *Intervención cognitivo conductual en adultos mayores: retos y dificultades en la adaptación de una terapia de grupo manualizada*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX.

Referencias

Vinogradov, S. y Yalom, I.D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Editorial Paidós.

Woldt, A.L. y Toman, S.M. (2007). *Terapia Gestalt: historia, teoría y práctica*. México: Manual Moderno.

Worden, W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. México: Paidós.

Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

Anexos

**Anexo A. Tablas de
conversión del
Cuestionario de Calidad
de Vida WHOQOL-BREF**

Salud física			Salud psicológica			Relaciones sociales			Ambiente		
Puntuación cruda	Puntuaciones transformadas		Puntuación cruda	Puntuaciones transformadas		Puntuación cruda	Puntuaciones transformadas		Puntuación cruda	Puntuaciones transformadas	
4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100	
7	4	0	6	4	0	3	4	0	8	4	0
8	5	6	7	5	6	4	5	6	9	5	6
9	5	6	8	5	6	5	7	19	10	5	6
10	6	13	9	6	13	6	8	25	11	6	13
11	6	13	10	7	19	7	9	31	12	6	13
12	7	19	11	7	19	8	11	44	13	7	19
13	7	19	12	8	25	9	12	50	14	7	19
14	8	25	13	9	31	10	13	56	15	8	25
15	9	31	14	9	31	11	15	69	16	8	25
16	9	31	15	20	38	12	16	75	17	9	31
17	10	38	16	11	44	13	17	81	18	9	31
18	10	38	17	11	44	14	19	94	19	10	38
19	11	44	18	12	50	15	20	100	20	10	38
20	11	44	19	13	56				21	11	44
21	12	50	20	13	56				22	11	44
22	13	56	21	14	63				23	12	50
23	13	56	22	15	69				24	12	50
24	14	63	23	15	69				25	13	56
25	14	63	24	16	75				26	13	56
26	15	69	25	17	81				27	14	63
27	15	69	26	17	81				28	14	63
28	16	75	27	18	88				29	15	69
29	17	81	28	19	94				30	15	69
30	17	81	29	19	94				31	16	75
31	18	88	30	20	100				32	16	75
32	18	88							33	17	81
33	19	94							34	17	81
34	19	94							35	18	88
35	20	100							36	18	88
									37	19	94
									38	19	94
									39	20	100
									40	20	100

Anexo B.

Instrumentos



HOJA DE DATOS GENERALES



Fecha:

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Estado Civil:

Nacionalidad:

Escolaridad:

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de preguntas y afirmaciones, por favor contéstelas de la manera más veraz posible. Algunas contienen opciones, en ellas marque con un tache la respuesta que considere apropiada en cada caso.

Número de personas que aportan ingresos económicos en su hogar: _____

Ingresos económicos mensuales totales en su hogar:

Menos de \$3000	
\$3000-\$6000	
\$6000-\$10,000	
\$10,000-\$15,000	
Más de \$15,000	

Indique en qué tipo de vivienda vive:

Casa o departamento propio	
Casa o departamento rentado	
Vivienda de amigos o parientes	
Otro	

¿A quién cuida?:

Esposo o esposa	
Hijo o hija	
Padre o madre	
Pariente	
Otro	

Tiempo que ha ejercido la función de cuidador: Años _____ Meses _____

Tiempo diario que dedica a cuidar a la persona: _____ Horas

¿Comparte los cuidados con alguien?:

No, con nadie	
Con un familiar	
Con un amigo/vecino	
Con una persona contratada	
Otro	

¿Percibe remuneración económica por cuidar a la persona?: Si _____ No _____

¿Cambió se residencia para cuidar a la persona?: Si _____ No _____

¿Cómo decidió hacerse cargo de la persona?

Voluntariamente	
Lo decidió la familia por mí	
La persona me lo pidió	
Otro	

Enfermedad o padecimiento que presenta la persona que cuida: _____

¿Padece alguna enfermedad o malestar físico? ¿Cuál? _____



**ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR
TEST DE ZARIT**



INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una lista de preguntas que reflejan cómo se sienten a veces las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada pregunta, indique con qué frecuencia se siente así, puntuando de la siguiente manera:

0= NUNCA 1= CASI NUNCA 2= A VECES

3= BASTANTES VECES 4= CASI SIEMPRE

Recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas, procure contestar de una forma veraz.

Pregunta	Puntuación
1. ¿Siente que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?	
9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13. ¿Se siente incómodo de invitar amigos a casa debido a su familiar?	
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16. ¿Siente que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho	

más tiempo?	
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22. En general, ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	



Cuestionario WHOQOL-BREF



INSTRUCCIONES

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Tenga presente su modo actual de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea con cuidado cada pregunta, y encierre en un círculo la respuesta que mejor describa su situación. Si no está seguro de su respuesta, elija la que le parezca más apropiada.

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o qué tan bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



TEST DE DUELO



Si ha tenido un duelo o una pérdida significativa en el transcurso de su vida, conteste las siguientes preguntas, de acuerdo a como se siente en este momento con respecto al duelo que desee trabajar

¿Cuál fue el duelo o pérdida significativa? _____

INSTRUCCIONES

Por favor, lea con atención cada una de las oraciones y conteste todas las preguntas, marcando con una cruz la letra que considere describe mejor su forma de pensar o sentir. No hay respuestas correctas o incorrectas. La información que usted nos proporcione será manejada en todo momento como **confidencial**.

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Indiferente
- d) En desacuerdo
- e) Totalmente en desacuerdo

1. Todos dependen de mi a b c d e
2. Estar solo es mejor a b c d e
3. Dios no existe a b c d e
4. Evito recordar ciertas cosas a b c d e
5. Necesito aprobación de mis seres queridos a b c d e
6. Me siento solo a b c d e
7. Despierto durante la noche a b c d e
8. Me siento triste a b c d e
9. Ahora siento que creo en cosas diferentes a b c d e
10. Ahora como más que antes a b c d e
11. Constantemente lloro a b c d e
12. Evito ir a reuniones sociales a b c d e
13. Estoy más cansado de lo normal a b c d e
14. Deje de creer en lo que me enseñaron mis padre a b c d e
15. No sé colocar límites con los demás a b c d e
16. Todo me da sentimiento a b c d e
17. Siento miedo a b c d e
18. Últimamente me cuesta trabajo levantarme de la cama a b c d e

19. Me molesta lo que dicen los demás a b c d e
20. Pienso que todo está en mi contra a b c d e
21. A partir de lo que viví mis creencias cambiaron a b c d e
22. Mi deseo sexual ha disminuido o ha aumentado a b c d e
23. Necesito que los demás me quieran a b c d e
24. Tengo miedo a morir a b c d e
25. Siento palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca a b c d e
26. Dependo de los demás a b c d e
27. Consumo alcohol, drogas o pastillas para sentirme mejor a b c d e
28. Ya no sé en quien creer a b c d e
29. Tengo la sensación de ser rechazado a b c d e
30. Siento un vacío o malestar en el estómago a b c d e
31. Después de esta vida no existe nada a b c d e
32. Siento que me ahogo o me falta el aliento a b c d e
33. He pensado o tratado de suicidarme a b c d e
34. Siento que todos se aprovechan de mí a b c d e
35. Si Dios existiera no pasarían cosas malas a b c d e
36. Recuerdo en cada momento lo sucedido a b c d e
37. Nadie me quiere a b c d e
38. Solo pienso en tragedias a b c d e
39. Siento un gran vacío a b c d e
40. Estoy enojado con Dios a b c d e

Anexo C. Cartas Descriptivas



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN
CLAVE: CADES/CCMG/02

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: “Sanándome como cuidador”
Escamilla Saavedra Yael
----- Raquel
----- Mónica

ELABORADO POR: _____ **RESPONSABLE ACADÉMICO:** Karina Beatriz Torres Maldonado

FECHA DE INICIO: _____

NÚMERO DE SESIONES: 10 **FECHA DE TÉRMINO:** _____

OBJETIVO GENERAL: Plantear reflexiones con respecto a la relación que existe entre la cuidadora primaria y persona cuidada, para facilitar la comprensión sobre las pérdidas experimentadas en relación a la persona cuidada.

SESIÓN: 1 **OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** Crear un ambiente de integración dentro del grupo, dar a conocer la forma de trabajo dentro del grupo y realizar la aplicación de pruebas

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Presentación del grupo terapéutico y encuadre	Que las consultantes conozcan al grupo terapéutico y plantear los objetivos del grupo.	Presentación de los terapeutas y explicación de objetivos	Los terapeutas se presentarán brevemente, explicando su función dentro del grupo y la forma en la que funcionará el grupo.	Ninguno.	10 min.
Aplicación de instrumentos de evaluación y llenado de formatos de ingreso al Centro.	Evaluar la sobrecarga del cuidador y la calidad de vida percibidas por las consultantes	Aplicación de instrumentos de evaluación.	Se les explicará a las consultantes acerca de los instrumentos de evaluación que les serán entregados, y se les pedirá su respuesta. Además, se les pedirá el llenado de los formatos de ingreso al Centro.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de datos generales • Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit • Escala WHOQOL Bref • Test de duelo • Consentimiento informado 	20 min.

Presentación de las consultantes	Conocer a cada una de las consultantes y las expectativas con respecto al grupo.	Presentación del grupo.	Las consultantes se presentarán mencionando su nombre, a la persona que están cuidando, la razón por la cual se encuentran en el grupo y las expectativas que tienen con respecto al grupo, así como la resolución de dudas que pudieran surgir con respecto a dichos temas.	Ninguno	50 min.
Cierre de la sesión	Retomar aspectos relevantes y comunes a las consultantes del grupo.	Resumen de la sesión	Se hará el cierre de la sesión retomando los aspectos relevantes mencionado por las consultantes y se señalaran puntos en común entre los integrantes del grupo.	Ninguno	10 min.



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN
CLAVE: CADES/CCMG/02

SESIÓN: 2 **OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** Explorar la situación de vida actual de las consultantes con respecto al cuidado de la persona

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Resumen de la sesión anterior.	Resumir y recordar los temas abordados en la primera sesión.	Resumen de la primera sesión.	Se revisará junto con las consultantes los temas hablados durante la sesión pasada.	Ninguno.	15 min.
Situación de vida actual de la consultante.	Conocer cuál es la situación de vida de la consultante, conociendo las implicaciones que las tareas de cuidado tienen en su vida	Reflexión	Para conocer la situación de vida actual de la consultante, se harán preguntas encaminadas a la explicación y comprensión de la misma. Estas preguntas incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué han implicado las tareas de cuidado en su vida diaria? • ¿Cómo cambio su vida desde que se volvió cuidadora primaria? • ¿Cómo se siente con respecto a su rol de cuidadora primaria? 	Pizarrón blanco y plumones	60 min.
Cierre de la sesión	Retomar aspectos relevantes y comunes a las consultantes del grupo.	Resumen de la sesión	Se hará el cierre de la sesión retomando los aspectos relevantes mencionado por las consultantes y se señalaran puntos en común al grupo.	Ninguno	15 min.



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/02

SESIÓN: 3

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Explorar la relación previa de las consultantes con la persona que se encuentra cuidando, así como explorar posibles cambios en la persona.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Resumen de la sesión anterior.	Resumir y recordar los temas abordados en la primera sesión.	Resumen de la sesión anterior.	Se revisará junto con las consultantes los temas hablados durante la sesión pasada.	Ninguno.	15 min.
La relación previa de la consultante con la persona cuidada	Conocer cómo era la relación entre cuidadora primaria y persona cuidada antes de la situación de cuidado	Reflexión	Se buscará que las consultantes hablen sobre la relación que tenían con las personas cuidadas antes de la situación de cuidado. Para esto, se harán preguntas como: <ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo era la persona antes de que necesitará de sus cuidados?• ¿Cómo se llevaban usted con esa persona?	Pizarrón blanco y plumones	60 min.
Cierre de la sesión	Retomar aspectos relevantes y comunes a las consultantes del grupo.	Resumen de la sesión	Se hará el cierre de la sesión retomando los aspectos relevantes mencionado por las consultantes y se señalarán puntos en común a los miembros del grupo.	Ninguno	15 min.



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN
 CLAVE: CADES/CCMG/02

SESIÓN: 4 **OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** Reflexionar sobre aquello que las consultantes perdieron de la persona al caer en una situación de cuidado

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Resumen de la sesión anterior.	Resumir y recordar los temas abordados en la primera sesión.	Resumen de la sesión anterior.	Se revisará junto con las consultantes los temas hablados durante la sesión pasada.	Ninguno.	15 min.
La pérdida de las consultantes	Explorar e identificar aquello que las consultantes perdieron cuando la persona necesita de sus cuidados.	Reflexión	Se buscará que las consultantes identifiquen y reflexionen sobre aquello que perdieron de la persona cuando ésta necesita de sus cuidados. La pregunta fundamental de la sesión será: <ul style="list-style-type: none"> Al enfermarse la persona, ¿Creen que hayan perdido algo de esa persona? ¿Qué perdieron? 	Pizarrón blanco y plumones	60 min.
Cierre de la sesión	Retomar aspectos relevantes y comunes a las consultantes del grupo.	Resumen de la sesión	Se hará el cierre de la sesión retomando los aspectos relevantes mencionado por las consultantes y se señalarán puntos en común a los miembros del grupo.	Ninguno	15 min.



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/02

SESIÓN: 5

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Presentar brevemente el modelo de duelo de Worden y el planteamiento de la primera tarea propuesta por él (aceptar la realidad de la pérdida).

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Resumen de la sesión anterior.	Resumir y recordar los temas abordados en la primera sesión.	Resumen de la sesión anterior.	Se revisará junto con las consultantes los temas hablados durante la sesión pasada.	Ninguno.	10 min.
Tareas de duelo de Worden	Explicar brevemente el modelo propuesto por Worden para la elaboración de una pérdida	Explicación	Se expondrán algunos puntos importantes sobre los modelos de duelo. Se destacará particularmente el modelo propuesto de Worden.	Pizarrón blanco y plumones	10 min
Tarea 1: Aceptar la realidad de la pérdida	Explorar e identificar aquello que las consultantes perdieron cuando la persona necesita de sus cuidados.	Reflexión	Se escribirá en el pizarrón la tarea antes mencionada y, con base en ella, se invitará al grupo a la reflexión sobre la superación de esta tarea. Se harán preguntas como: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo te sientes con respecto a la situación de la persona que cuidas? • ¿Se siente como si estuviera viviendo un mal sueño? 	Pizarrón blanco y plumones	60 min.
Cierre de la sesión	Retomar aspectos relevantes y comunes a las consultantes del grupo.	Resumen de la sesión	Se hará el cierre de la sesión retomando los aspectos relevantes mencionado por las consultantes y se señalarán puntos en común a los miembros del grupo.	Ninguno	10 min.



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN
 CLAVE: CADES/CCMG/02

SESIÓN: 6 **OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** Plantear la segunda tarea del duelo propuesta por Worden: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Resumen de la sesión anterior.	Resumir y recordar los temas abordados en la primera sesión.	Resumen de la sesión anterior.	Se revisará junto con las consultantes los temas hablados durante la sesión pasada.	Ninguno.	15 min.
Tarea 2: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida	Explorar e identificar las emociones surgidas ante la pérdida	Reflexión	Se escribirá en el pizarrón la tarea antes mencionada y, con base en ella, se buscará conocer que tanto las consultantes viven intensamente las emociones asociadas a la pérdida y que hablen respecto a ellas, para así trabajarlas. Se facilitará esto mediante preguntas como: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo ha vivido el no contar con el apoyo de esa persona? • ¿Cree usted que esta situación la llega a sobrepasar en ocasiones? • ¿En qué ocasiones considera que esta situación la llega a sobrepasar? 	Pizarrón blanco y plumones	60 min.
Cierre de la sesión	Retomar aspectos relevantes y comunes a las consultantes del grupo.	Resumen de la sesión	Se hará el cierre de la sesión retomando los aspectos relevantes mencionado por las consultantes y se señalarán puntos en común a los miembros del grupo.	Ninguno	15 min.



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/02

SESIÓN: 7 OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Plantear la tercera tarea del duelo propuesta por Worden: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente (o, en este caso, en el que surgió la pérdida)

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Resumen de la sesión anterior.	Resumir y recordar los temas abordados en la primera sesión.	Resumen de la sesión anterior.	Se revisará junto con las consultantes los temas hablados durante la sesión pasada.	Ninguno.	15 min.
Adaptación al medio	Explorar la adaptación que las consultantes han tenido a los contextos que los cuidados les han impuesto	Reflexión	Se escribirá en el pizarrón la tarea antes mencionada y, con base en ella, se buscará que las consultantes reflexionen sobre cómo se han adaptado o no a las situaciones de cuidados. Sin embargo, se hará especial hincapié en las situaciones que ellas tienen que realizar o buscar sustituyendo a la persona que se encuentran cuidando. Dicho de otra forma, adaptarse a un medio en el que se continuará cuidando al familiar y su condición no cambiará.	Pizarrón blanco y plumones	60 min.
Cierre de la sesión	Retomar aspectos relevantes y comunes a las consultantes del grupo.	Resumen de la sesión	Se hará el cierre de la sesión retomando los aspectos relevantes mencionado por las consultantes y se señalarán puntos en común a los miembros del grupo.	Ninguno	15 min.



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN
 CLAVE: CADES/CCMG/02

SESIÓN: 8

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Plantear la cuarta tarea propuesta por Worden: Recolocar emocionalmente al fallecido (en este caso, persona cuidada), y continuar viviendo

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Resumen de la sesión anterior.	Resumir y recordar los temas abordados en la primera sesión.	Resumen de la sesión anterior.	Se revisará junto con las consultantes los temas hablados durante la sesión pasada.	Ninguno.	15 min.
Recolocación emocional de la persona cuidada	Buscar que las consultantes logren colocar a la persona que cuidan de forma adecuada a su condición actual.	Reflexión	Se escribirá en el pizarrón la tarea antes mencionada y, con base en ella, se buscará que las consultantes logren identificar que, debido a la irreversibilidad de la situación, es importante que observen objetivamente a la persona cuidada, entendiendo sus limitaciones y aceptándolos y queriéndolos por su condición actual. También, se destacará que esto no implicará un olvido de vivencias anteriores, sino que estas pueden ser recordadas de forma agradable pero no con la esperanza de repetirlas.	Pizarrón blanco y plumones	60 min.
Cierre de la sesión	Retomar aspectos relevantes y comunes a las consultantes del grupo.	Resumen de la sesión	Se hará el cierre de la sesión retomando los aspectos relevantes mencionado por las consultantes y se señalarán puntos en común a los miembros del grupo.	Ninguno	15 min.



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/02

SESIÓN: _____ 9

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Realizar un cierre de los temas planteados hasta este punto en el grupo reflexivo, destacando como la elaboración del duelo puede tener un impacto en su vivencia de cuidador primario.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Resumen de la sesión anterior.	Resumir y recordar los temas abordados en la primera sesión.	Resumen de la sesión anterior.	Se revisará junto con las consultantes los temas hablados durante la sesión pasada.	Ninguno.	15 min.
Retomar los diversos aspectos mencionados a lo largo de las sesiones grupales	Lograr que las consultantes destaquen aspectos importantes sobre las implicaciones que tiene la elaboración del duelo en su percepción como cuidadores primarios y su relación con la persona cuidada	Reflexión	Se buscará que las consultantes mencionen si consideran o no haber elaborado el duelo con respecto a la pérdida mencionada a lo largo del grupo reflexivo. También, en caso de no haber elaborado el duelo, se mencionará si consideran estar en vías de elaborarlo o no. Algunas de las preguntas que serán planteadas en esta sesión son: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Consideran haber elaborado la pérdida de la persona que se encuentran cuidando? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si no ha habido alguna elaboración, ¿consideran estar en un punto distinto al cual iniciaron el grupo? ▪ Si efectivamente ha habido una elaboración de la pérdida, ¿consideran que esto hace que se perciban de forma distinta como cuidadoras primarias? ¿consideran que ha habido un cambio en su relación con la persona que cuidan? 	Pizarrón blanco y plumones	60 min.
Cierre de la sesión	Retomar aspectos relevantes y comunes a las consultantes del grupo.	Resumen de la sesión	Se hará el cierre de la sesión retomando los aspectos relevantes mencionado por las consultantes y se señalarán puntos en común a los miembros del grupo.	Ninguno	15 min.



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN
 CLAVE: CADES/CCMG/02

SESIÓN: 10 **OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** Realizar el cierre de la intervención grupal, retomando los aspectos mencionados a lo largo de las sesiones, así como las enseñanzas y elementos aprendidos en la intervención.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Resumen de la sesión anterior.	Resumir y recordar los temas abordados en la primera sesión.	Resumen de la sesión anterior.	Se revisará junto con las consultantes los temas hablados durante la sesión pasada.	Ninguno.	15 min.
Cierre grupal por parte de las consultantes	Realizar un cierre del grupo con la finalidad de que las consultantes expresen lo aprendido durante las sesiones	Reflexionar y compartir.	Se les preguntará a las consultantes sobre los avances obtenidos a lo largo de las sesiones y, además, se les pedirá que compartan si aprendieron algo sobre las demás consultantes, agradeciendo dicho aprendizaje	Ninguno	60 min.
Cierre grupal por parte de los terapeutas	Retomar los puntos más importantes mencionados a lo largo de las sesiones y destacar los logros observados	Resumen de la intervención	Los terapeutas harán una devolución general sobre todo el proceso, destacando los logros mostrados por las consultantes. Además, se destacará la importancia de tomar el grupo no como un final, sino como un inicio hacia otros caminos y formas de pensar.	Ninguno	15 min.
Aplicación de los instrumentos de evaluación	Se aplicarán nuevamente los instrumentos de evaluación aplicados al inicio de la evaluación	Aplicación de instrumentos de evaluación.	Se realizará una segunda evaluación para poder realizar comparaciones entre los resultados previos y posteriores a la intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit • Escala WHOQOL Bref 	20 min.

**Anexo D. Resultados
obtenidos en la prueba t
de Student para cada uno
de los instrumentos**

Prueba t-Student Pretest y Postest de las subescalas de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Sumatoria Escala Zarit Pretest - Sumatoria Escala Zarit Postest	22,286	14,694	5,554	8,696	35,875	4,013	6	,007

p≤,05* , p≤,01**

Prueba t-Student Pretest y Postest de las subescalas del Test de Duelo de Polo-Scott

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Duelo Social Pretest - Duelo Social Postest	6,600	4,509	1,704	2,430	10,770	3,873	6	,008
Par 2	Duelo Psicológico Pre test- Duelo Psicológico Postest	4,054	4,751	1,796	-,339	8,448	2,258	6	,065
Par 3	Duelo Físico Pretest - Duelo Físico Postest	5,714	2,928	1,107	3,007	8,422	5,164	6	,002
Par 4	Duelo Espiritual Pretest - Duelo Espiritual Postest	1,286	3,773	1,426	-2,204	4,775	,902	6	,402

p≤,05* , p≤,01**

Prueba t-Student Pretest y Postest de las subescalas del Cuestionario WHOQOL-BREF

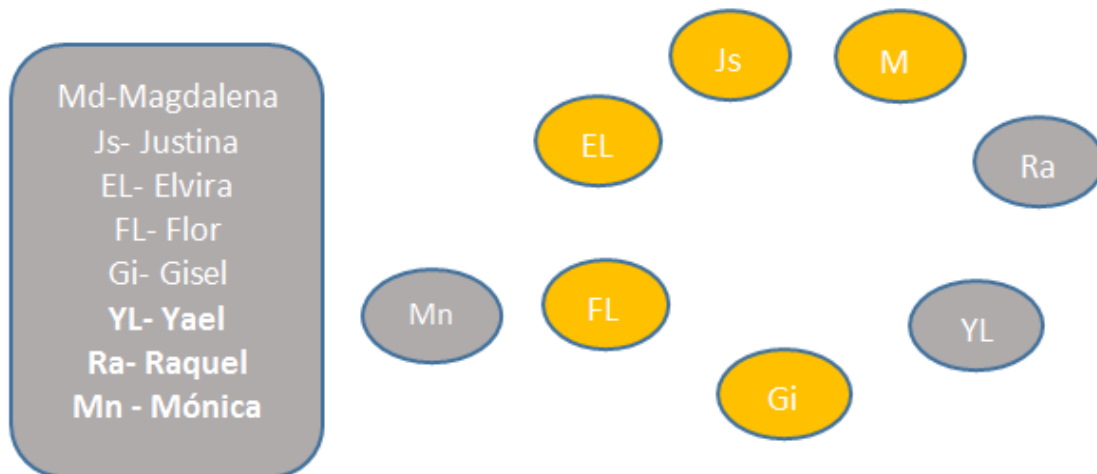
		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	Calidad de Vida Salud Física Pretest - Calidad de Vida Salud Física Postest	-11,429	9,796	3,702	-20,488	-2,369	-3,087	6	,021
Par 2	Calidad de Vida Salud Psicológica Pretest - Calidad de Vida Salud Psicológica Postest	-19,571	11,043	4,174	-29,785	-9,358	-4,689	6	,003
Par 3	Calidad de Vida Relaciones Sociales Pretest - Calidad de Vida Relaciones Sociales Postest	-17,857	22,535	8,517	-38,698	2,984	-2,097	6	,081
Par 4	Calidad de Vida Ambiente Pretest - Calidad de Vida Ambiente Postest	-7,000	15,853	5,992	-21,662	7,662	-1,168	6	,287

p≤,05* , p≤,01**

Anexo E. Notas de sesión

Nota de sesión 1
Grupo Reflexivo “Sanándome como cuidador”

Durante ésta sesión se presentan 7 mujeres, dos de ellas promotoras de la salud, por lo cual Yael hace referencia a que es un grupo reflexivo dirigido específicamente a cuidadores y cuidadoras.



Inicio

Al iniciar la sesión se hace la presentación del grupo reflexivo y de los coordinadores del grupo (así como de sus respectivas funciones). Posterior a esto, se plantea el objetivo del taller y se realiza una definición de *cuidador primario*, donde se dice que el taller está dirigido a personas que tienen a su cargo a una persona enferma o de cierta forma incapacitada, sin embargo se abordará la relación con la persona al cuidado y la condición de sí mismas. Se da paso a la explicación de las pruebas y a su llenado.

Desarrollo

Después de que las consultantes llenaron las pruebas, Yael preguntó por qué les había interesado el grupo, por lo cual cada una de las consultantes narra su experiencia como cuidadora.

Magdalena narra que ella ha cuidado a su mamá debido a que primero le sirvió como una excusa para no salir, es decir, que mientras la invitaban a lugares o fiestas ella usaba de pretexto a su mamá. Sin embargo esta actividad se convirtió cada vez más pesada para ella.

Justina comparte al grupo que ella era cuidadora de su esposo, quien falleció hace un mes. Sin embargo, también se hace cargo de su hermana de 85 años que tiene Alzheimer.

Elvira comenta que ella se ha encargado de su madre desde hace 6 años y 3 meses. Sin embargo, comenta que su hermana, quien vive con ellas, le dijo recientemente que va a mudarse de casa, lo que le genera preocupación ya que no sabe si podrá hacerse totalmente cargo de su madre.

Flor es una mujer de 47 años que cuida a su mamá de 85 años desde hace 3 años (también se había hecho cargo de su papá, sin embargo él falleció hace 8 años). Ella comenta que se siente molesta ya que no percibe el apoyo de su familia y tiene muchos sentimientos de culpa debido a que cree que es una mala hija por no tener paciencia para cuidar a su madre.

Gisel comenta sentirse hundida ya que ella fue cuidadora de su hermana y de su padre. Sin embargo ambos fallecieron, pero es hasta ahora cuando siente que todo se le complica emocionalmente.

Yael retroalimenta al grupo comentando que existen problemáticas difíciles cuando se está a cargo de una persona que demanda mucha atención. Sin embargo, uno de los primeros pasos para comprender su papel como cuidadoras es el hecho de darse un tiempo para ellas, como el tiempo que se estaban dando para asistir a la sesión.

Cierre

Al final de la sesión se llena la lista de asistencia y se cobra la cuota de recuperación a cada una de las consultantes se les comenta que se les espera en la siguiente sesión. La señora Justina tiene pendiente llenar el consentimiento informado.

Observaciones

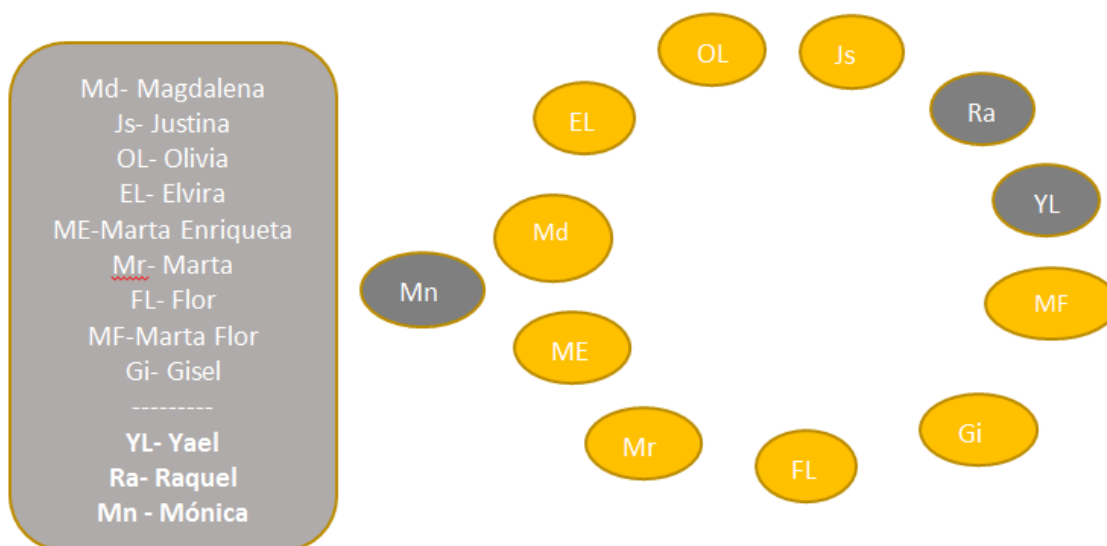
Durante el transcurso de ésta sesión se observan condiciones similares entre las asistentes como el género y el hecho de ser familiares cercanas a las personas que cuidan (mamá, padre, esposo y/o hermana). En cada una de las consultantes se observan situaciones de aislamiento (haciendo referencia a encontrarse en “un desierto” o “un cuarto oscuro”), culpa (ya que se cuestionan si son buenas hijas por sentir que sus mamás las desesperan y las hacen enojar) y sobrecarga, además de poca comprensión de sí mismas. Relacionado con lo anterior, muchas veces se sienten el reflejo de las personas a las que cuidan (siendo mucho más evidente en el caso de Magdalena). Dentro de los fenómenos grupales se

observan muchas identificaciones, ya que al abordar el tema de la familia, Magdalena y Gisel comienzan a llorar y refieren comprenderse.

Cada consultante se dio un tiempo para sanar, haciendo de este espacio un momento para mirarse, ver el lugar donde está cada una de ellas encontrando una salida a ese desierto, una salida que las haga sentir satisfechas.

Nota de sesión 2 Grupo Reflexivo “Sanándome como cuidador”

Durante ésta sesión se integran 4 mujeres al grupo, quedando un total de 9 consultantes.



Inicio

Al iniciar la sesión se realiza una presentación para las consultantes que no se encontraban la sesión anterior. Yael comenta que el grupo inició la semana pasada, sin embargo aún es oportuna la integración de más personas.

Las integrantes nuevas realizan una breve presentación de sí mismas, incluyendo el motivo por el cual se encontraban en el taller.

- Marta Enriqueta comenta que la situación que la lleva a tomar el taller es la condición de su hijo de 5 años de edad, que tiene parálisis cerebral y esto la ha orillado a perder la calidad de la relación con su hija, pareja, trabajo y sí misma. Comenta que ella siempre ha hecho lo posible por brindarle bienestar a su hijo.
- Marta es una mujer que desde hace un par de años cuida a su mamá de 96 años, refiriendo sentirse cansada y sola, ya que su vida ha ido muy rápido y desde que enviudó no ha tenido la oportunidad de rehacer su vida. Comenta que los cuidados de su madre le han causado ataques de ansiedad y diversos malestares psicossomáticos.
- Olivia narra que se hace cargo de su madre desde hace dos años, comentando que llega a desesperarse ya que su mamá (que tiene demencia) a veces no entiende las cosas y se las tiene que repetir demasiado. Actualmente toma medicamento para la ansiedad.
- Marta Flor cuida a su hermano mayor de 76 años quien tiene esquizofrenia, y a su hermana de 46 años que padece paranoia. Pese a que ella no vive con dichos familiares, se hace cargo de ellos mediante ciertos cuidados (suele visitarlos seguido, estar pendiente de su bienestar y ayudarlos con algunas tareas cotidianas). Comenta que a pesar de que ella no está todo el tiempo con ellos le genera una gran preocupación.

Desarrollo

Dadas las presentaciones de las integrantes nuevas, Yael conduce al grupo a reflexionar sobre las preguntas objetivo de la sesión:

- *¿Qué ha implicado las tareas de cuidado en su vida diaria?*

Las situaciones compartidas entre la mayoría de las integrantes, demuestra que las tareas del cuidado han implicado cierta soledad, desgaste, enfermedades (el padecimiento en común son los ataques de ansiedad ya que se presentan en 5 de las consultantes), sacrificio, el sentir que “no pueden” vivir y coraje consigo mismas por la situación a la que han tenido que adaptarse.

- *¿Cómo ha cambiado su vida desde que se volvió cuidadora primaria?*

A partir de que se vuelven cuidadoras primarias las consultantes notaron un cambio en su vida que la mayoría fue gradual, ya que comenzó a existir aislamiento por diversas razones. Magdalena comenta que lo uso de pretexto para no enfrentar sus miedos de salir de casa y hacer una familia, Marta Enriqueta comenta que comenzó a adentrarse en una situación de la cuál le es complicado salir.

Por otra parte todas refieren que hay un descuido de sí mismas ya que han desplazado las actividades que realizaban anteriormente, como el trabajo, el cual

les proporcionaba cierta independencia económica y social. Flor comenta que dejó de salir de su casa por chantajes de su madre, por lo que Olivia y Magdalena afirman que ese tipo de conductas de sus madres suelen ser recurrentes.

- *¿Cómo se siente respecto al rol de cuidadora primaria?*

Magdalena comenta que por situaciones laborales, no podía cuidar a su mamá de tiempo completo, y contrató a una persona que la apoyara. Sin embargo, tenía miedo de que no la cuidara bien por lo que llegó a concluir en que nadie cuidaría mejor a su mamá que ella misma. Ante esto, muchas estuvieron de acuerdo con esta percepción, comentando que en general ellas sentían que es su deber cuidar a la persona a su cargo ya que nadie mejor que ellas, que tienen una historia familiar y diversos motivos emocionales y familiares.

Cierre

Durante el transcurso de la sesión se fueron dando comentarios que dieron paso al cierre, donde además de hacer referencia a su sentir sobre ser cuidadora primaria, refieren que podría haber otras alternativas. La señora Justina comparte al grupo que salió de viaje, y a pesar de muchas resistencias por temor a dejar sola a su hermana, gracias al apoyo de su hija logró ir a Veracruz. Al volver, le sorprendió que su hermana esté en óptimas condiciones, lo que la lleva a reflexionar que ella es útil, más no indispensable. Dicha reflexión genera un eco en todas las consultantes, las cuales se observan animadas. Marta Enriqueta refiere también que ella se dio cuenta que no puede proporcionarle a su hijo todo lo que él necesita, pero que puede valerse de otros recursos institucionales, familiares y afectivos para que él tenga la mejor calidad de vida posible.

Mónica hace un resumen de la sesión abordando las implicaciones que cada una de ellas mencionó, donde la culpa, los conflictos familiares y las enfermedades han aparecido en su vida, lo cual las lleva al aislamiento y a sentimientos de tristeza o de angustia. Debido a los cuidados, su vida se ha llenado de cambios en los cuales todas se cuestionan cómo llegaron ahí. Finalmente logran darse cuenta que el creer que sólo ellas podrían cuidar a sus familiares/enfermos ha establecido la forma en la que se sienten respecto a su rol. Sin embargo, dicha situación les ha hecho cerrar ciertas puertas de recursos que les podrían favorecer tanto a ellas como a las personas a quienes cuidan.

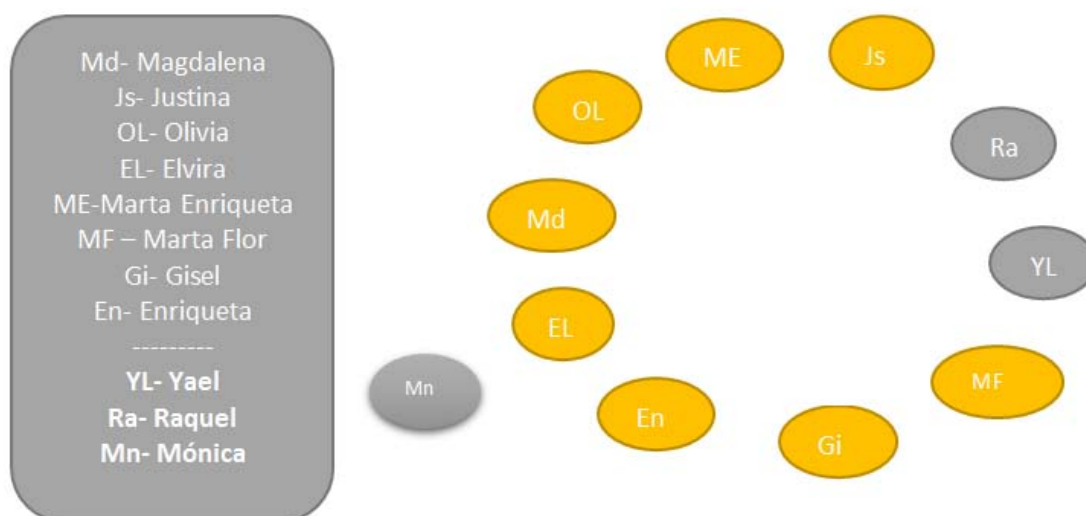
Observaciones

Se observan cambios significativos a la entrada de 4 integrantes más al grupo por lo que se hace el comentario de que el grupo queda cerrado. Por otra parte, se establece que la personalidad de ciertas consultantes (Marta Flor en

específico, quien parece querer cumplir el rol de educadora y líder negativo, sugiriendo ciertas actividades al grupo o juzgando su manera de sentir) podrían movilizar al grupo de una forma donde costaría más trabajo cumplir el objetivo de cada sesión. Debido a esto, Raquel sugiere hacer un reencuadre al inicio de la siguiente sesión.

Nota de sesión 3
Grupo Reflexivo “Sanándome como cuidador”

Durante ésta sesión se presentan 8 mujeres, integrándose 1 consultante más. Sin embargo, al finalizar la sesión se explora el motivo su asistencia y se observa que le serviría otro tipo de intervención ya que no es cuidadora primaria informal, por lo cual se le sugieren otros servicios del Centro.



Inicio

Al iniciar la sesión se realiza el encuadre donde se habla sobre el consentimiento informado para reafirmar la aclaración de dudas de la señora Marta Flor. Yael hace mención de que el consentimiento informado es un protocolo importante del Centro y en caso de que se requiera algo de las integrantes del grupo (tal como fotografías, vídeo o algún otro material) se les informaría, resaltando además que, para el desarrollo del grupo reflexivo, no será necesario este tipo de material. Posteriormente se hace un repaso de la sesión pasada. Marta Enriqueta comenta que se abordó el tema de cómo cambió su vida

a partir de que se convirtieron en cuidadoras primarias, refiriendo que logró ver los cambios de su vida, los cuales impactaron mucho ya que ella esperaba tener una maternidad común, tal como con su hija anterior.

Se hace una breve presentación de la sesión de hoy, haciendo énfasis en las preguntas referentes al tema a tratar.

Desarrollo

- *¿Cómo era la persona antes de que necesitara su cuidado?*

Ante esta pregunta se observa que existió una relación significativa con dicha persona, ya que pese a que había un lazo sanguíneo o afectivo muy grande, la mayoría de las consultantes narran haber tenido una situación de rechazo con las personas a quienes cuidan. En general se habló de que las personas eran activas y muy trabajadoras, sin embargo con el paso del tiempo comenzó a deteriorarse el aspecto físico, psicológico y social.

- *¿Cómo se llevaba usted con esa persona?*

En el caso de Magdalena, Olivia, Elvira y Gisel comentan la relación con sus madres, destacando todas un aspecto importante, el cual fue el sentirse rechazadas por ellas, ya que tenían “hijos/as favoritos/as” (*sic.*) y se sentían desplazadas, situación que trataron de resolver dedicándose a su trabajo o a alguna otra actividad. Se observa que, a partir de los cuidados, los demás ámbitos de sus vidas (laboral, familiar, de pareja, entre otros) pasaron a segundo plano, y la actividad del cuidado se convierte en su principal tarea.

Justina y Marta Flor hablan sobre el cuidado de sus hermanos, ya que tuvieron una relación cercana con ellos. Justina habla del abandono de la pareja de su hermana, elemento que la cambió mucho y como consecuencia se enfermó gradualmente. Además sintió la responsabilidad de mantenerla sana y cerca, ya que fue parte de todo el proceso de abandono que su hermana vivió. Marta Flor menciona haber tenido una relación con dichos hermanos muy importante ya que los vio como figura materna y paterna (respectivamente) por lo que ahora siente que es su obligación, regresar algo de las atenciones que recibió para procurar su bienestar.

Debido a que Marta Enriqueta cuida a su hijo, se le cuestionó sobre la expectativa del ser madre, es decir, la relación previa que experimentaba con él y la idea de su maternidad. Resalta que ella, pese a haber vivido un embarazo riesgoso, se encargó de cumplir todas las recomendaciones de los profesionales

de la salud, ya que esperaba procurar lo mejor para su hijo. Al hacer la comparación con su primer embarazo, ella refiere que esperaba que fuera similar: después de algunos meses de dedicarse a cuidarlo, posteriormente esperaba volver a trabajar y dedicarse a su desarrollo integral. Sin embargo, al tener dicha problemática debido a una “negligencia médica” (*sic.*), no podía aceptarlo y quería demandar al hospital, decidiendo finalmente dedicar todo ese tiempo y energía a su hijo.

Cierre

Se realiza un resumen de la sesión, rescatando los aspectos más importantes que mencionaron las consultantes, además de señalar los puntos en común entre ellas. Se resalta que previamente existía una relación con la persona a quien cuidan, principalmente consanguínea. Sin embargo, también había un tipo de relación, que a pesar de ser muy cercana, existían situaciones de rechazo, culpa, enojo y tristeza entre ellas. Esto podría explicar la necesidad de acercamiento mediante el cuidado con dichos familiares. Se menciona que el nombre del grupo reflexivo “Sanándome como cuidador” tiene como objetivo reconocer el lugar donde cada una de ellas está, reflexionando sobre los motivos por los cuales son ellas precisamente quienes cuidan y quienes han tenido una serie de sentimientos emergentes a partir de su rol. Por otra parte se destaca el cambio de roles que han tenido (por ejemplo, de ser hijas, hermanas o esposas se convirtieron en “madres”) y de tener ciertas expectativas, además del cansancio o del dolor, lo cual se ha vuelto parte de su vida.

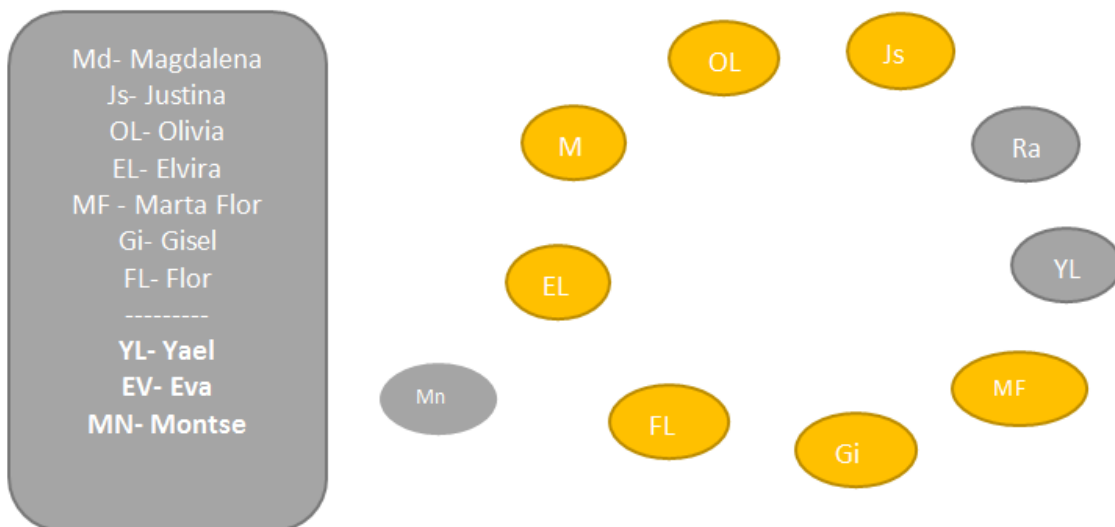
Observaciones

Marta Enriqueta suele ser una consultante activa que en algunas ocasiones sirve como líder, ya que logra reconocer aspectos importantes de las demás consultantes y logra hacer reflexiones importantes, lo que genera cohesión grupal y empatía. Por otra parte, Marta Flor tiende a querer tomar el liderazgo de la sesión, pero al ser limitada por Yael, se muestra molesta (saliendo del salón en múltiples ocasiones para ir al baño, haciendo ruidos fuertes como estornudos o movimientos de silla). Dicha consultante pareciera querer ser empática con las demás integrantes, sin embargo, se nota mayor fluidez y comunicación ante su ausencia.

La llegada de Enriqueta (debido a una confusión en la recepción) hizo un ligero movimiento en el encuadre del grupo ya que se había comentado que era un grupo cerrado y ya no habría la integración de alguna persona más, por lo que se recordará en recepción.

Nota de sesión 4
Grupo Reflexivo “Sanándome como cuidador”

Durante ésta sesión se presentan 7 mujeres, la mayoría llega con un retraso de 5 a 10 minutos.



Inicio

Al iniciar la sesión se hace un resumen de la sesión anterior. Gisel comienza diciendo que se habló sobre la relación que tienen con las personas a quienes cuidan. Se hace una breve presentación de la sesión del día, resaltando las preguntas referentes al tema a tratar.

Desarrollo

- *Al enfermarse la persona, ¿Creen que hayan perdido algo de esa persona? ¿Qué perdieron?*

Comienza Flor mencionando sobre las pérdidas que ella ha vivido a partir de que su madre necesita de su cuidado, destacando la comunicación. Menciona saber que ya no puede tener conversaciones con su madre, situación que la hace sentir sola y cambia su carácter.

Seguido de esto, Justina comenta que ella platicaba con su esposo todos los días, ya que su hermana ha perdido los sentidos por diferentes enfermedades. Al fallecer su esposo es cuando nota que está sola, pues ya no tiene con quien

platicar. El rol de cuidadora primaria le ha hecho perder la relación interpersonal y la interacción a la que estaba acostumbrada.

Olivia comenta que ella platica con su madre, aunque ella muchas veces no la escucha o no la entiende. Sin embargo, relata que se siente muy cercana a ella, tanto que algunas veces siente que es suya y que es su hija. Además menciona sentirse muy “apapachada...consentida” (*sic.*) al tenerla todo el día y poder escucharla y saber de su vida. Lo que le da nostalgia es imaginar cómo hubiera sido esa cercanía cuando su madre no estaba tan deteriorada.

Magdalena también habla de tener una cercanía con su madre desde hace mucho tiempo, pues enfermó desde los 50 años (y actualmente pasa de los 70 años). Comenta que siente no haber disfrutado mucho con su madre pues pudieron salir a pasear más.

Elvira comenta que se convirtió en la mamá, corrigiéndose después, explicando que se convirtió en la madrastra de su madre y que le “cayó el veinte” de que siempre tuvo una relación lejana con ella.

Gisel comenta haber perdido la comunicación con su padre. Además destaca que, al buscar hacerle la plática, ella le preguntaba sobre sus terrenos y negocios. Su familia lo interpretó como un interés de ella por heredar las propiedades del padre. Ante esto, ella siente que perdió aún más comunicación con su padre (ya que procuraba no preguntarle sobre algo y ‘solo dejar que hablara’) y con su familia (que consideraban que lo cuidaba por interés).

Marta Flor participa al final, comentando que ha perdido la confianza de todos sus hermanos, así como pérdida del trabajo, del cariño y apapacho de sus hermanos mayores.

Cierre

Se hace el cierre de la sesión retomando los aspectos relevantes mencionado por las consultantes y se señalaron puntos en común a los miembros del grupo.

Uno de las principales pérdidas es la comunicación que tenían con la persona a quienes cuidan, y en relación a esto la interacción constante e intercambio de afecto, pues ven a la persona enferma como alguien que “está y no está” (*sic.*). Por otra parte, se destaca que existe claridad sobre las pérdidas intelectuales que se ha tenido, como la falta de comunicación, disminución de salidas, o actividades. Sin embargo se hace mención de la pérdida emocional que

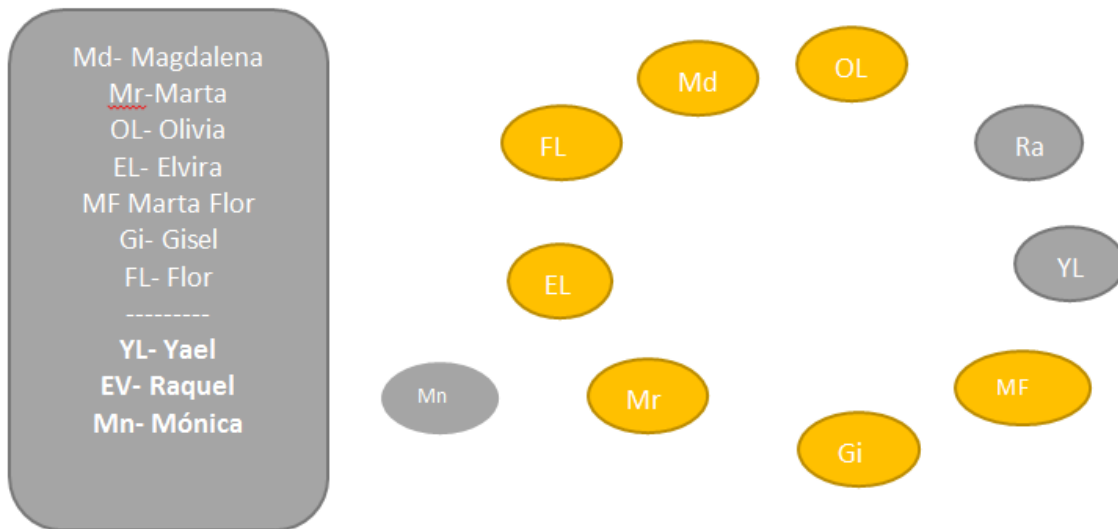
no se nombra del todo, simplemente se manifiesta en cansancio o en tristeza y enojo, situación que puede ser provocada por la negación de que “algo” se ha perdido de esa persona.

Observaciones

Las consultantes logran verbalizar en algunas ocasiones que una de las situaciones que ha generado el cuidado es compararse constantemente con la persona enferma, haciendo referencia a la necesidad del cuidado que ella experimentarían en algún momento, por lo cual hay una identificación con el familiar, fenómenos que reflejan la pérdida de su identidad ante las situaciones estresantes que experimentan día a día.

Uno de los elementos que se observan son las posibles ganancias secundarias inconscientes de ser cuidadoras. En sesiones anteriores, al abordar el tipo de relación que tenían con la persona antes de que enfermar, en muchas de ellas se observaban sentimientos de rechazo, alejamiento, culpa, cuestión que cambia al convertirse en una persona “indispensable” (*sic.*). Así, el rol se invierte, cumpliendo un acercamiento motivado por el afecto y el poder sobre la persona al cuidado.

Durante ésta sesión se presentan 7 mujeres, la mayoría llega con un retraso de 5 a 10 minutos.



Inicio

Al iniciar la sesión se hace un resumen de la sesión anterior, siendo Elvira quien comienza diciendo que se habló sobre las pérdidas, el cambio de rol y la pérdida de la comunicación. Se hace una breve presentación de la sesión de hoy, haciendo énfasis en las preguntas sobre el tema a tratar. Cabe destacar que la sesión del día corresponde al inicio del modelo de tareas del duelo propuesto por Worden.

Desarrollo

- *¿Cómo te sientes respecto a la situación de la persona a la que cuidas?*

Comienza la reflexión Marta Flor, quien comenta que cuando le dieron el diagnóstico de su hermano, ella sintió que no era real, comentando además que las jerarquías de su familia habían cambiado, pues ahora ella se ha hecho cargo de los hermanos mayores. Posteriormente Flor comparte al grupo que ella siente una carga, pues el cuidado de su madre lo vive como un peso en la espalda pues su “mami” (*sic.*) tiene muchas limitaciones, ya que nació en 1920, siendo ya de edad avanzada. A su vez, comenta que su mamá es una persona manipuladora y

que solo ahora se ha podido dar cuenta de ello hasta hace poco e identifica situaciones pasadas donde ella le hacía muchos “favores” (*sic.*) por sentir que era su responsabilidad pues su madre le cuidaba a sus hijos. Logra identificar que ha perdido su vida personal, su libertad y parte de su persona pues ‘todo es alrededor de su madre’, situación que la hace sentir cansada y no le ve una salida. Seguido del comentario de Flor, Magdalena habla de que ella se ha sentido mal porque se ha dado cuenta que no se ha protegido a sí misma. Sin embargo, ella ha procurado proteger a los demás, sobre todo a su mamá, con el cuidado de su enfermedad. Gisel comenta que se ha preguntado en varias ocasiones “¿por qué a mí?” (*sic.*) ya que le ha generado muchos problemas emocionales y estrés. Elvira comenta que quizá porque su mamá es de otra generación, ella no puede comprenderla del todo y por eso “uno va perdiendo la vida” (*sic.*). También retoma parte de la reflexión de la sesión pasada (cuando se mencionó sobre el cambio de rol) haciendo referencia a que ella se percibía como una madrastra, lo cual le hacía tener nostalgia por su madre. Olivia comenta que ella siente que morirá primero que su mamá. Durante éste momento todas las consultantes se ríen y muchas se sienten identificadas con esta situación. Posteriormente menciona que se siente enojada por los cuidados que le tocaron realizar.

- *¿Se siente como si estuvieran viviendo un sueño?*

Marta Flor comenta que ella quería despertar de la pesadilla, sensación que le provocó recibir el diagnóstico de su hermano. Sin embargo, poco a poco ha tratado de comprenderlo para poder tener los cuidados que ellos requieren (hermano mayor y su hermana). Magdalena explica que ella, durante mucho tiempo, buscaba hacer las cosas que hacía con su mamá antes de que empezara su deterioro en la salud, no se daba cuenta que las cosas habían cambiado.

Cierre

Se hace el cierre de la sesión retomando los aspectos relevantes mencionado por las consultantes y señalando puntos en común a los miembros del grupo. Se destaca el malestar que se generó a partir del tiempo de cuidado que realizan a sus familiares, por lo cual se sienten enojadas y no pueden expresar abiertamente ese enojo. Por otra parte, hablan de vivir alrededor de su familiar. Sin embargo, sería más conveniente el acompañar a esa persona: no girar alrededor de esa persona, sino caminar a su lado.

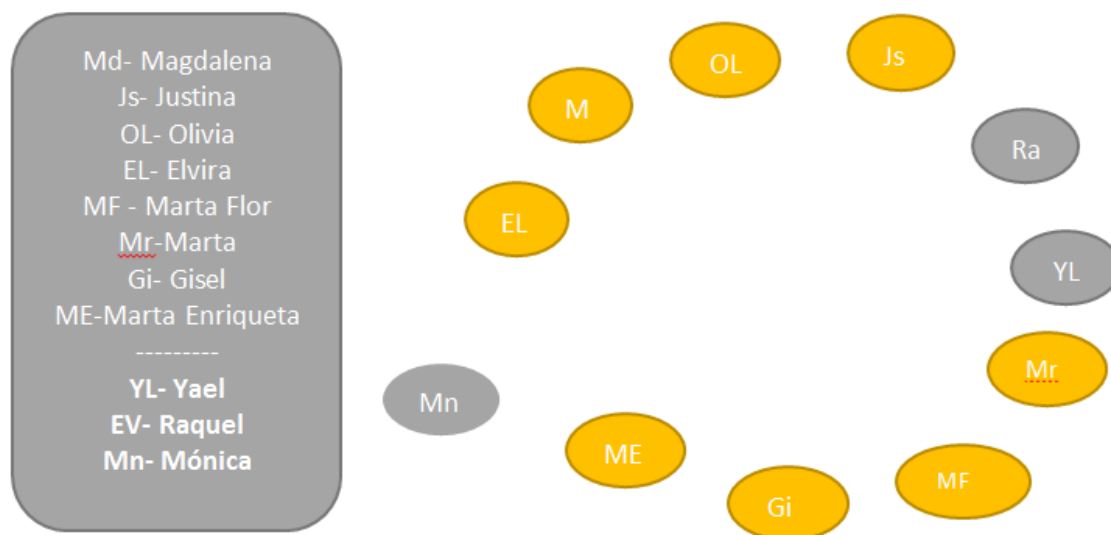
Observaciones

Se observa que durante algunos comentarios como su muerte prematura (antes que las de su familiar), las consultantes encubren el displacer y la ansiedad mediante la risa, la cual funge como una defensa ante el sufrimiento manifestado.

Por otra parte, se observa la normalización de este sufrimiento, ya que con el paso del tiempo y por medio de la culpa tienden a ver la dinámica del cuidado como normal o necesaria. Sin embargo, a través de diversas somatizaciones y la disminución de la calidad de vida como logran darse cuenta que “algo está mal” y tienden a depositar esos sentimientos en la relación hacia las personas cuidadas mediante la poca tolerancia que el cansancio les ha generado.

Nota de sesión 6
Grupo Reflexivo “Sanándome como cuidador”

Durante ésta sesión se presentan 8 mujeres, reintegrándose Justina, quien había faltado la sesión pasada, Comenta no haber podido asistir ya que tuvo una cita con el médico, y Marta Enriqueta quien comenta haber estado ocupada con los arreglos para la entrada de su hijo a la escuela.



Inicio

Yael inicia la sesión preguntando a las consultantes del grupo cómo están, a lo que todas responden que bien. Se les da la bienvenida a Justina y a Marta Enriqueta, quienes se integran de nuevo al grupo. Justina comenta que, debido a una cita médica, no pudo asistir la sesión pasada. Marta Enriqueta comenta haber estado en trámites para que su hijo fuera aceptado en una escuela regular. Al cuestionarlas sobre la temática de la sesión pasada, Gisel comenta que se habló sobre su sentir con respecto al cuidado, Yael agrega que también fue sobre

aceptar la pérdida y si sentían que estaban en una pesadilla, agregando los temas que serían tratados en la sesión del día.

Desarrollo

- *¿Cómo ha vivido el no contar con el apoyo de la persona?*

Magdalena comenta que ella ha ido “arrastrando muchas cosas” (*sic.*), viendo a su mamá y notando que ella está muy bien, se da cuenta que quizá una situación de abuso sexual no ha podido superarla. Por la parte del cuidado de su madre, nota que está resuelto pues se encuentra bien de salud.

Olivia comenta que se siente enojada y triste porque siente que su mamá quiere pelear, pues la insulta y la llama “loca” (*sic.*) o le llega a decir que “le patina [el coco]” (*sic.*). Añade que sigue en lo mismo, pero “son cosas que tengo que aguantar” (*sic.*). Por otra parte refiere que estaba cantando canciones de la Sonora Santanera, situación que narra con una sonrisa.

Marta Flor se siente triste porque su hermana la culpa de robarse cosas de su casa. Comparte una situación que le ocurrió en la semana donde ella estaba a punto de irse de la casa de su hermano debido a que se sintió molesta y triste. Menciona que ella se está “aguantando mucho” (*sic.*), refiriéndose al rechazo que siente por parte de sus hermanos.

Por otra parte, Marta Enriqueta comenta las experiencias que ha tenido y como ha resuelto muchas situaciones. Enumera las pérdidas que ha tenido a partir de cuidar a su hijo, siendo el trabajo, la posibilidad de un hijo con una vida tranquila y sin enfermedad las principales. Además comenta al grupo que ha tratado de ver las ganancias de todos estos cambios y nota una ligereza, pues antes al creer que ella lo iba a solucionar todo, “detonaba” (*sic.*). También comenta haber aprendido a no tomar las cosas personales ya que ante conflictos con su madre antes sentía que manipulaba sus emociones, destacando que ahora no se “contamina” (*sic.*). Refiriéndose al grupo, ve como se proyecta como si fuera un espejo, y así mismo se pone metas.

Marta comenta sentirse confundida, porque el jubilarse le ha cambiado mucho la vida. Sin embargo, observa que su mamá también ha tenido cambios ante dicha jubilación, pues se ha enfermado más y no quiere salir de su cuarto. Ante este comentario, Marta Flor comienza a darle consejos sobre qué hacer ante esta situación. Las demás integrantes del grupo se muestran empáticas y le dan su punto de vista.

Elvira se dirige a Marta Enriqueta preguntándole cómo puede sentir ligera o “liviana” (*sic.*) ya que a ella le gustaría lograrlo. Lo pregunta porque, cuando

escuchó el comentario de Marta Enriqueta, ella notó la necesidad de sentirse así. Sin embargo, aunque ella suele decir que está bien, sabe que en el fondo no lo está, pues ha dado mucho, e incluso le han mencionado que “te vas a ganar el cielo” (*sic.*) por cuidar tan bien de su madre. A ella le enoja esta situación y comenta que no quiere ganarse nada, simplemente quiere estar bien. Marta Enriqueta le responde que a ella le sirvió pensar que ella no es Dios, ni médico, y mucho menos que tiene poder sobre humano para cambiar lo que le está pasando. Al entender eso, ella ve qué cosas sí están a su alcance e intenta hacer lo mejor que puede.

Finalmente, Justina comenta que su hija le llevó una tanatóloga, pues observa que no está bien, haciéndole comentarios como “ya quita esa cara...” (*sic.*). Ella responde molesta y le dice a la tanatóloga que ya tiene su número, y cuando ella lo necesite va a hablar. También refiere que no se siente apoyada por sus hijos ya que quieren que ella se sienta bien en todo momento. Finaliza diciendo “yo tengo la fórmula, lo que necesito es tiempo” (*sic.*) destacando la necesidad de “vivir el duelo” (*sic.*).

- *¿En qué ocasiones considera que ésta situación la llega a sobrepasar?*

Las consideraciones de situaciones que sobrepasan son parecidas entre sí, y es cuando ellas observan que no pueden hacer nada. Además cuando el cansancio y las emociones negativas les generan un malestar constante, sienten que han perdido parte de sí mismas.

Finalmente Olivia comenta que Gisel no ha participado, ante lo cual Yael responde que participar no es solo hablar sino que cada una de las integrantes hace una reflexión propia. Gisel comenta que ha identificado enojo y tristeza y ahora busca qué hacer.

Cierre

Se señalan los aspectos más importantes de la sesión, abordando que se trató de expresar las emociones que se han generado a partir de cuidado, la mayoría de estas son enojo y tristeza. Sin embargo, se resalta la importancia de identificar en qué momento están, algunas de ellas ya lograron pasar por el enojo, y otras apenas lo están experimentando. Además es importante darse el tiempo de sentir, para poder aceptar la pérdida o acostumbrarse a ella. También se hace referencia a la dificultad de expresar las emociones cuando hay personas a nuestro alrededor que de cierta forma juzgan el sentir de cada una.

Al cerrar la sesión, Raquel y Yael sugieren un ejercicio donde las consultantes escriban en una carta aquello que quisieran decirle a la persona, y de igual forma que escribieran, qué es lo que esa persona les respondería.

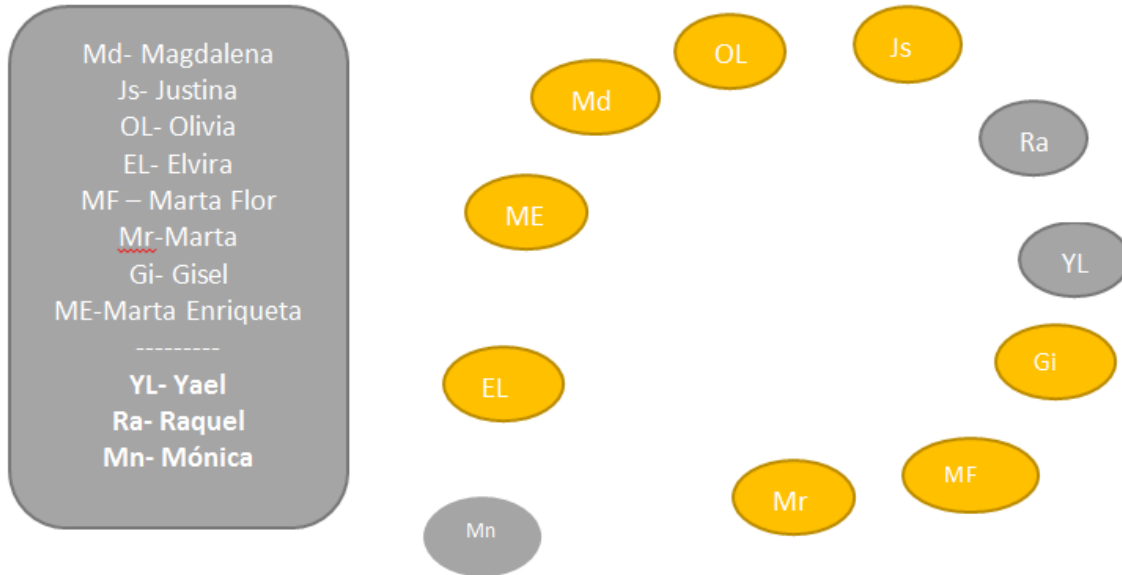
Observaciones

A lo largo de la sesión, las consultantes lograron identificar las emociones que surgen a partir de los cuidados, relacionándolos con la forma en que enfrentan los problemas. Se observa que existe mucha impotencia por no poder manifestar las emociones que experimentan en diversas situaciones y en torno al cuidado.

El regreso de la señora Justina y Marta Enriqueta le da otra dinámica al grupo, pues hacen reflexionar a todo el grupo y promueven la cohesión y la empatía. Aunado a esta, también se ha descentralizando la atención hacia la señora Marta Flor, quien en esta ocasión disminuyó algunos comentarios. A pesar de lo anterior, intentó realizar consejería al observar vulnerable a la señora Marta.

Por otra parte, al llegar la señora Marta hacía falta una silla, por lo que Yael acude fuera del salón por ella, en ese momento todas las consultantes abren más el círculo formado por sus sillas y abren dos espacios, uno para Marta y el otro para Mónica, lo cual deja ver la integración grupal entre las consultantes y de todo equipo terapéutico dentro del grupo.

Nota de sesión 7
Grupo Reflexivo “Sanándome como cuidador”



Inicio

Se da la bienvenida a las consultantes. La señora Justina comenta que está enferma del estómago ya que comió mariscos y todas las consultantes presentes comentan cosas al respecto. Seguido de esto, se presenta el tema de la sesión.

Desarrollo

- *Adaptándose a un medio en el que se continuará cuidando al familiar.*

Comienza la reflexión Olivia, quien comenta que se siente enojada porque su mamá la sigue hasta para ir al baño. Posteriormente habla Marta Enriqueta y comenta que no le dio tiempo de escribir la carta (actividad que se habló la sesión pasada), sin embargo, comenta que si la pensó, comentando que agradece a su hijo que le haya enseñado tantas cosas y que la hiciera una mujer más fuerte y sensible. El resto del grupo actúa sorprendido ya que no recordaban la actividad sugerida. Ante esto, Raquel comenta que es una actividad sugerida más no indispensable, añadiendo que ellas pueden realizar la carta en el momento que consideren adecuado. Elvira comenta que sí la escribió, de ella a su madre, pero no pudo responderse ya que no le salían las palabras, pues siente culpa porque espera satisfacer a su mamá pero sabe que a su mamá le hubiera gustado que otra hija la cuidara.

Elvira y Marta comentan haberse sentido aliviadas con el grupo.

Marta también comenta que está aceptando su jubilación y la condición de su madre, además de saber que ella estará para siempre a su lado. También menciona que espera encontrar a una persona que le ayude a cuidarla al menos un día para poder hacer alguna actividad para ella. Resalta que aunque ella se adapte, espera a que su mamá también lo haga pues considera que ella se siente molesta de verla ahí todo el tiempo, por lo cual Marta ha respondido alejándose para que su madre no se sienta invadida. También habla de buscar una escuela o alguna actividad que la mantenga ocupada, por los que Marta Flor le da ejemplos a Marta de personas mayores que se titularon siendo adultas mayores. Yael regresa a Marta Flor al tema de la sesión, ante lo cual ella reacciona de forma airada diciendo que no le gusta la palabra adaptación porque para ella eso es estancarse, comentando que le gusta más la palabra integración.

Por otra parte, Marta Enriqueta comenta que es importante revisar las situaciones y qué se puede hacer en ese medio, para ver si se puede cambiar algo o deben cambiar ellas mismas.

Olivia comenta que nadie de su familia quiere cooperar, pero que todas critican. Cuenta una experiencia de llevar a su mamá a bailar, y que pese a que no podía bailar, Olivia veía como su mamá movía sus brazos y torso al ritmo de la música. Debido a que dio la impresión que Olivia no tocó el tema de la sesión, el grupo la cuestiona sobre qué hace para estar bien, incluso Marta Enriqueta le comenta que “no nos dé el avión” (*sic.*). Después comenta que hay cosas que no queremos cambiar, sin embargo es por motivos personales. Ante el silencio de todas, Marta Enriqueta continua diciendo que hay cosas que no se quieren escuchar. Todas aprueban dicho comentario.

Magdalena comenta que ella se ha adaptado junto con sus hermanos, ya que tienen una logística establecida, ya que cuando su madre no quiere hacer algo, llama a algún familiar y acude a ayudarla persuadiendo a su madre de que lo haga.

Elvira comenta que intuye cómo se siente su mamá, sin embargo le duele que ella no hable. Gisel le pregunta a Elvira sobre cómo era la comunicación antes, ella comentando que nunca fue muy buena. Ante esto, Gisel comenta sentirse identificada ya que ella tampoco se relacionó bien con su padre y con su hermana, situación por la cual se le complicó el cuidado.

Justina concluye la sesión comentando que ella necesita estar bien para que su hermana también lo esté, debido a que durante esta semana que ha estado enferma, notó cómo el estado de ánimo de su hermana también cambió.

Cierre

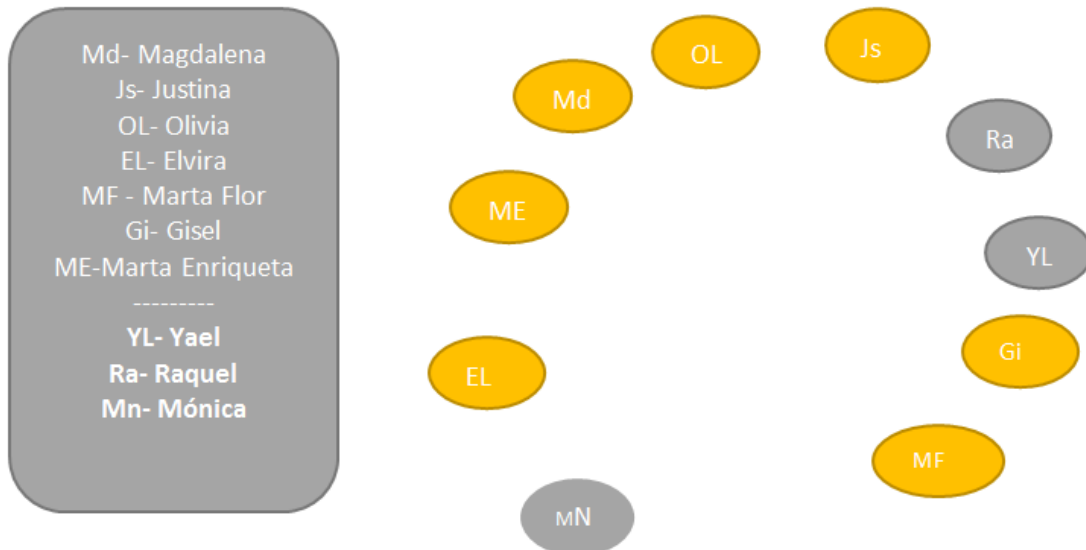
Se hace un resumen de la sesión y se trata de destacar los comentarios que iban en torno a la temática de la sesión. Se habla sobre tres puntos, donde uno muy importante es el medio donde se encuentran, ya que hablando de adaptación, la situación de cuidado también implica el trato con otros familiares que muchas veces es mínimo. Se habla sobre qué roles se han asumido y qué estrategias de comunicación con su familiar pueden establecer pues se habla de aparatos, de actividades. Sin embargo, lo importante es ver qué recursos se tienen y qué es lo que se necesita para poder mejorar la situación de cuidado. Otro de los puntos es la adaptación personal, pues han mencionado en muchas ocasiones que por cuidar se han descuidado ellas mismas. Debido a esto, valdría la pena cuestionarse qué se necesita para sentirse como personas completas.

Observaciones

Se observa que algunas de las consultantes han logrado modificar la dinámica de cuidado sin descuidarse a ellas mismas, pues el sentimiento de bienestar les ha permitido valerse de diversos recursos que mejoran el cuidado y disminuyen el desgaste.

Dentro de la dinámica del grupo se observa que existe mayor cohesión grupal pues se preguntan cosas entre ellas, sugieren algunas actividades y se cuestionan sobre las cosas que hacen y sobre el sentir de cada una. Por otra parte, se observa la rivalidad que manifiesta Marta Flor al interrumpir a Yael y al alzar la voz cuando algunas de las consultantes voltean la mirada. Además, se observa que la señora Marta Enriqueta y Elvira se alejan del asiento donde regularmente Marta Flor se sienta, además de que Olivia buscó la mirada de Raquel y Yael para hacer un gesto de fastidio ante los comentarios de Marta Flor.

Nota de sesión 8
Grupo Reflexivo “Sanándome como cuidador”



Inicio

Llegan 4 consultantes y se les pregunta si quieren iniciar o se esperan 5 minutos por más integrantes del grupo. Todas comentan que prefieren esperar. Marta Enriqueta abre el espacio de las sillas para incluir a Mónica. Posteriormente llegan dos consultantes a la sesión y se comienza a abordar el tema de la sesión de hoy.

Desarrollo

- *Recolocar emocionalmente a la persona cuidada y continuar viviendo.*

Marta Enriqueta comienza la sesión hablando sobre la importancia que nota de estar bien ellas como cuidadoras, estar sanas emocionalmente para poder recolocar emocionalmente a la persona que cuidan. Para eso comenta que tiene que recolocarse emocionalmente ella para así poder realizar muchas cosas.

Justina agrega que ver a las otras personas (refiriéndose a las personas del grupo) te sana.

Magdalena comenta que no ha visto todas las cosas que tiene, sino que apenas logra ver que ella se encuentra bien. Marta Enriqueta comenta que es parte de liberarse para no tener tensión y aprender a usar el dinero como recurso para el cuidado.

Olivia comenta que se ha dado cuenta que su mamá es muy cómica, a su vez se da cuenta que ella le habla “muy feo” (*sic.*) pues a veces, cuando la hace reír, le dice “ya cállate” (*sic.*). Refiere que la solución la tiene en sus manos pero no le gusta la soledad. Gisel agrega que, si uno está bien, su enfermo también lo está. Magdalena le comenta a Olivia que “uno se encierra en su yo-yo, yo ya pasé por esa etapa” (*sic.*). Por lo que Olivia pregunta, “¿qué hago?” (*sic.*) a lo que Marta Enriqueta comenta “usted díganos” (*sic.*). Olivia comenta que a veces se siente atacada por su mamá, y recuerda que siempre se llevaron mal, pero ahora que la tiene se siente apapachada, aunque sabe que está repitiendo patrones, pues ella misma no se lleva bien con su hija. En este momento llega la señora Marta Flor.

Elvira comenta que ella se ha dado cuenta que el cambio es poco a poco, que cada cosa lleva su tiempo. Magdalena agrega que no hay reconocimiento del dolor por cuidar. Sin embargo, no por eso deja de existir. Marta Flor comenta que una cosa es la obligación y otra es la voluntad, pero que “nos encerramos en nuestra situación y dejamos de ser firmes sin embargo necesitamos poner soluciones” (*sic.*), ejemplificando con la experiencia que tuvo al enfermar su abuelo.

Justina comenta que a ella su hijo quiere llevársela unos días a Chiapas, pero se siente “entre la espada y la pared” (*sic.*), ya que le preocupa quién cuidará a su hermana. Como ejemplo, describe una situación del fin de semana anterior en el que ella fue a una fiesta y dejó encargada a su nuera, pero a las diez de la noche le llamaron sus nietos preguntando sobre el medicamento que debían darle (a las ocho de la noche), por lo que ella se preocupó debido a que a esa hora ella ya habría dormido a su hermana. Además le molestó que aún no le dieran el medicamento y que la nuera no se encontrara en la casa al pendiente de la tarea que se comprometió a realizar. Por eso es que dudaba en ir o no. El resto del grupo anima a Justina a ir ya que le comentan que será unos días. Marta Flor da consejos a Magdalena sobre el cuidado de su madre.

Cierre

Se hace referencia a que pareciera que les costó trabajo enfocarse en el tema de la sesión. Se comenta que se ha destacado la importancia de seguir, sin antes identificar aquello que nos duele, para posteriormente ver qué cosas tenemos (cosas que se habían olvidado o que no se tomaban en cuenta) que podrían mejorar el cuidado. Se pregunta al grupo: ¿qué será lo que nos cuesta trabajo ver?

Observaciones

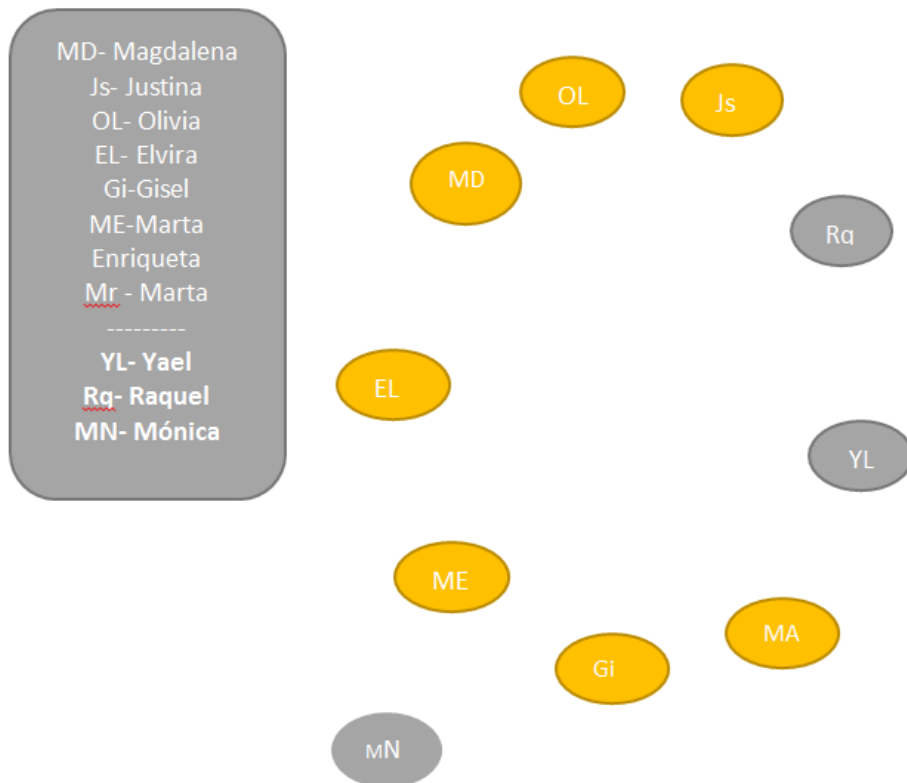
Al finalizar la sesión, Marta Flor le comenta a Mónica que si en las dos sesiones restantes para concluir el grupo reflexivo se darán las “herramientas” (*sic.*) para sanar, ya que Yael lo ha mencionado en varias ocasiones. Debido a esto, quiere saber cuándo se darán. Se le responde que es un grupo reflexivo, en el cual más que dar estrategias o herramientas específicas se trabaja con la parte emocional.

Se observan algunos elementos que hacen falta por trabajar en las sesiones como el identificar las emociones o sentimientos que generan el cuidado o la relación con la persona para poder hacer una reconciliación consigo mismas y con las personas a quienes cuidan.

Por otra parte, dentro de la dinámica se observa el rechazo del grupo a la señora Marta Flor ya que en algunos momentos pareciera sugerir, de forma incómoda, a las consultantes a que hagan cierta actividad. La señora Marta Enriqueta ha tomado un liderazgo positivo en diversas sesiones, ya que integra, cuestiona y empatiza con cada una de las consultantes.

Nota de sesión 9
Grupo Reflexivo “Sanándome como cuidador”

Durante ésta sesión se presentan 7 consultantes quienes llegan con 10 minutos de retraso.



Inicio

Al iniciar la sesión, Marta Enriqueta comenta que le gustaría tener todas las preguntas del taller ya que una de las integrantes se las pidió, entonces se dio cuenta que no las tenía completas. Yael le comenta que más que las preguntas, la importancia del grupo ha consistido en las respuestas que cada una se ha dado ante las reflexiones hechas durante el transcurso de las sesiones y finaliza diciendo que, al final de la sesión, se seguirá hablando de eso.

La señora Marta comparte al grupo que no pudo asistir a la sesión anterior debido a que llevó a su “mami” (*sic.*) al médico, pues durante algunas semanas había notado cambios en su estado de ánimo. Debido a esto, le realizaron

estudios y los resultados dejaron ver que tenía problemas de azúcar, iniciando así un tratamiento donde Marta observó mejoría en su conducta.

Yael pregunta al grupo sobre el tema de la sesión pasada por lo que Marta Enriqueta hace un breve resumen comentando que vieron sobre el recolocar emocionalmente a la persona que cuidan y resaltó que también era importante recolocarse emocionalmente ellas para poder estar bien con la persona a la que cuidan.

Desarrollo

Posterior al resumen de la sesión anterior, Yael conduce al grupo a reflexionar sobre las preguntas objetivo de la sesión:

- *¿Consideran haber superado la pérdida de la persona que se encuentran cuidando?*
 - *No: ¿Consideran estar en un punto distinto al cual iniciaron el grupo?*
 - *Sí: ¿Consideran que esto hace que se perciban de forma distinta como cuidadoras primarias?*
- *¿Consideran que ha habido un cambio en su relación con la persona que cuidan?*

Elvira comenta que estaba desequilibrada, pero ahora acepta lo que sucede, acepta que su mamá está enferma y acepta sus sentimientos, lo cual le da tranquilidad.

Magdalena comenta que ella es muy rígida, comenta que ha detectado que está emocionalmente mal, y eso influía en el cuidado de su madre, pues ella quiere que haga todo lo que quiera, reconoce que estaba mal y que le cuesta poner límites.

Olivia comenta que ella trata de manejar sus emociones, aunque siente que su mamá se aprovecha de ella pues, a pesar de que intenta tener una buena relación, ella no lo permite.

Justina habla de que sabe que está mal, que aún hay cosas que le duele. Logra identificar que quizá en algún momento pudo haber maltratado a su hermana, ya que siempre se ha ocupado de muchas cosas en su casa. Comenta que quizá ella está atravesando por cosas muy difíciles y muchas a la vez. Magdalena, Olivia y Elvira le comentan a Justina que comprenden la situación que ella está pasando, pues han vivido situaciones similares como la ausencia del apoyo de su familia.

Raquel devuelve al grupo que cada una dice “hice mal”, cuestión que sería importante reflexionar ya que cada una ha hecho actividades que se encuentran dentro de sus posibilidades. Además pareciera que algunas veces tienden a culparse por aquello que no pueden hacer. Sin embargo, con el paso del tiempo, se han dado cuenta de que su cuidado ha tenido buenos elementos y algunos por mejorar y que más que por obligación, lo han hecho como una muestra de amor a la persona a la que cuidan.

Marta Enriqueta siente que ella ha avanzado mucho pues ha comprendido que no es la única ya que el grupo, y otras experiencias que ha tenido, le han ayudado a ver que puedes realizar muchas actividades y dejar de pensar que “haces cosas malas”. También ha logrado reconocer que uno nunca exagera las cosas, pues es algo que cada una siente. Sin embargo, algunas veces hace falta reconocer, aceptar y observar las cosas que le hacen falta y que están dentro de sus posibilidades. Reflejarse en los otros le ha permitido abrirse el panorama sobre cómo quiere vivir.

Marta comenta que está bien, sabe que está en un punto diferente al que inició el grupo, y nota que ya no tiene miedo al ‘qué pasará con ella’. Más bien, trata de ocuparse de ella misma, pues en la mayoría de su vida no ha puesto atención sobre ella y ahora ha comenzado a hacer ejercicio y a cuidar de su salud (está poniendo atención sobre ella). Comparte al grupo que se fue a una carrera, y sonriendo menciona que ha sido una experiencia muy satisfactoria.

Gisel comenta que se ha dado cuenta que hacía cosas que no estaban bien y eso le hacía sentir culpable, pero ahora se da cuenta de que hizo lo posible por cuidar a sus familiares y logra detectar que le hacía falta poner límites.

Marta agrega que uno no se da cuenta de las cosas hasta muy tarde. Sin embargo, habla de que su madre hizo cosas que la dañaron, pero algunas que no. Habla de que eso ya pasó y que ahora tiene que ver para adelante.

Cierre

Se destaca que pareciera que les costó trabajo enfocarse en el tema de la sesión. Se comenta que se ha destacado la importancia de seguir, sin antes identificar aquello que nos duele, para posteriormente ver qué cosas tenemos (cosas que se habían olvidado o que no se tomaban en cuenta) que podrían mejorar el cuidado. Se pregunta al grupo: ¿qué será lo que nos cuesta trabajo ver?

Observaciones

Durante esta sesión, se logró nombrar de forma clara el avance de cada consultante, así como las áreas que les hace falta trabajar de forma individual, pues muchas de las consultantes han identificado que existen conflictos individuales que las han llevado al cuidado y que podrían ser parte de la causa de la sobrecarga emocional que han presentado.

Nota de sesión 10
Grupo Reflexivo “Sanándome como cuidador”

Las integrantes del grupo se encuentran en recepción y posteriormente inicia la sesión. Se presentan 6 integrantes.



Inicio

Al iniciar la sesión se da la bienvenida a las integrantes y se menciona el objetivo, que es realizar el cierre de la intervención grupal, retomando los aspectos mencionados a lo largo de las sesiones, así como las enseñanzas y elementos aprendidos en la intervención.

Desarrollo

Marta Enriqueta comenta que se ha visto reflejada a muchas de las situaciones que ha escuchado, y ahora sabe que todas las cosas tienen consecuencias positivas y negativas. En cuanto a emociones, refiere que se siente bien porque sabe que hace lo que le corresponde, tiene oportunidades y las aprovecha, mencionando que en general se siente muy satisfecha ya que ha logrado comenzar a hacer ejercicio y salir a pasear con su familia.

Magdalena menciona que se sentía en un hoyo. En el transcurso de las sesiones “se destaparon muchas cosas” (*sic.*) que sabe que tiene que trabajar de forma personal. Sin embargo, logra reconocer que le costaba trabajo mantener las emociones con su familia y algunas veces cuando su mamá no hacía las cosas como ella quería. Ahora ha visto que la relación con su madre ha mejorado pues ya no se “desborda” (*sic.*) sino que comprende la condición de su madre.

Justina comenta que sentía que se estaba ahogando en 4 paredes, pero ahora encontró la sanación pues el grupo reflexivo le ha ayudado mucho. Tiene los mismo problemas pero los ve diferente, y aunque los problemas van a seguir, ella no se siente de la misma manera.

Gisel comenta que en un principio no sabía si el grupo era algo para ella, sin embargo, decidió seguir yendo. En un principio se sentía en un hoyo y se dio cuenta de las cosas que hacía y que la hacían sentir mal, sin embargo hoy se da cuenta de que se tiene a sí misma.

Olivia comenta que cambió un poco su manera de pensar, pues descubrió otra faceta de su vida descubriendo que tiene mucho miedo a la soledad. En cuanto a los cuidados, negociará con su hermana para que ella la cuide algunos días.

Elvira comenta que ella ahora se da cuenta que puede recibir mucho de su mamá, pues aunque no habla, puede sentir su calor al abrazarla. Ella ha logrado darse cuenta que sus emociones son importantes. Ahora no ve el cuidado como una obligación, sabe que es un trabajo que debe valorar ya que lo hace con amor. Además de saber que tiene que cuidarse a sí misma. El grupo le hizo saber que no sólo es ella quien sufre, sino que hay muchas personas viviendo su misma situación y de alguna u otra forma han logrado resolverlo o sobrellevarlo a pesar de ser una situación complicada.

Cierre

Se hace un resumen de la sesión, donde se destaca que durante el transcurso del grupo cada una de las integrantes presentó su problemática y la relación con la persona cuidada, además de que se identificó una pérdida importante a partir de que se convirtieron en cuidadores. Posteriormente, al aceptar la pérdida, cada una logró trabajar con las emociones y el dolor que causaba, además de que se fomentó una adaptación al medio y una recolocación emocional de ellas mismas y después de la persona cuidada. Finalmente se recordó que cada una ha reconocido los cambios que ha tenido y también las cosas que le hacen falta trabajar pues ahora se han dado cuenta que son responsables de sí mismas.

Observaciones

En esta sesión se logran reconocer los cambios que han surgido a partir de las reflexiones hechas a lo largo de las sesiones, cada una de las consultantes se encuentran en un punto diferente en comparación al inicio del grupo.

Se citó posteriormente a Marta para realizar un cierre del grupo en una sesión individual. Se comentaron los temas tocados en el cierre del grupo. Marta destaca sentirse muy agradecida con la experiencia y encontrarse en una posición distinta en comparación al inicio del grupo. Además, menciona que esto le ha permitido retomar su vida, incluso expresando el interés de retomar sus estudios (pensando estudiar en una universidad para adultos mayores).

Anexo F. Cuadros por consultante de sobrecarga emocional, calidad de vida y duelo

Tabla F1. Proceso grupal de Elvira considerando las variables a lo largo de las sesiones.

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
Sobrecarga del cuidado r	Cansancio, ansiedad por el cuidado, sensación de tristeza	Cansancio y preocupación por cuidados de su madre ya que su hermana quizá se vaya de casa	Cuidado como obligación	Cansancio y pérdida de interés por otras actividades	Cansancio, pero ahora menciona que es una responsabilidad	Cansancio	Nota que todas las actividades que realiza no son tan difíciles, lo que le causa malestar es el dolor emocional	Cambio en la expresión en cuanto a sus actividades de cuidadora.	Menor cansancio en actividades de cuidadora	Adaptación de actividades: valoración y reconocimiento de esfuerzo del cuidado. Papel de cuidadora como un acto de amor hacia su madre
Calidad de Vida	Pérdida de trabajo a causa de cuidados maternos. Conflictos con familia	Sensación de malestar general. Conflictos con hermana.	Sensación de malestar	Sensación de soledad y malestar	Comienza a ver la importancia del autocuidado	Comienza a cuestionarse e cómo sentirse bien	Necesidad de encontrar bienestar emocional	Mayor bienestar emocional Se da cuenta que los cambios son poco a poco	Mayor bienestar emocional y replantea su vida en diversas áreas, rescatando las cosas positivas realizadas y los proyectos por realizar	Surge necesidad de proyecto de vida
Duelo	Pérdida de afecto de madre. Culpabilidad por cuidado "no me niego" "a mí me corresponde" "no quiero ser mala hija"	Dolor de situación de madre (pérdida de capacidades motrices y cognitivas).	Relación con madre distante	Pérdida de comunicación con madre	Nostalgia de su madre, no puede comprenderla	Espera que la situación cambie, se enoja ante los comentarios de otros sobre el cuidado de su madre, dolor ante situación de madre	En ejercicio de carta a su madre se observa que no es capaz de hacer alguna elaboración sobre los sentimientos e su madre hacia ella.	Aceptación de la condición física y mental de su madre. Menor dolor percibido.	Aceptación de sentimientos hacia madre (enojo y tristeza).	Recolocación emocional de sentimientos hacia su madre. Se da cuenta que puede recibir afecto de su madre.

Tabla F2. Proceso grupal de Gisel considerando las variables a lo largo de las sesiones.

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
Sobrecarga del cuidador	Enojo y ansiedad ante cuidado de padre y hermana	Tristeza por sentir que pudo haberlo hecho mejor	Cansancio al realizar todas sus actividades	Se pregunta por qué a ella le tocó realizar esa función	Se pregunta "¿por qué a mí?" Desagrado por el rol que jugó de cuidadora.	Enojo y tristeza por el papel que desarrolló.	Enojo y tristeza	Se da cuenta de la importancia de estar bien para mejorar su percepción del cuidado	Identificación de culpa por los cuidados, sin embargo destaca que hizo lo mejor por ellos: valoración del cuidado	Identificación de cuidado y valoración de su trabajo como cuidadora
Calidad de Vida	Se siente "hundida" que no avanza. Sensación general de malestar	Siente que su vida se ha detenido	Cuidado como principal actividad el resto las desplazó	Sensación general de malestar en relaciones personales y proyectos propios.	Estrés constante. Ha detenido su vida. No hay desarrollo en diversas áreas de su vida.	Cuestionamiento sobre su vida y búsqueda de soluciones para mejorar su calidad de vida	Comienza a identificarse con otras consultas creando, desarrolla habilidades de socialización	Necesidad de encontrar bienestar en todos los aspectos de su vida	Necesidad de poner límites en relaciones interpersonales para poder desarrollarse y mejorar calidad de vida	Mayor percepción de bienestar personal y lo ve como un fundamento para desarrollarse
Duelo	Inconformidad ante el cuidado, enojo con padre y hermana	Dolor por relación con padre y hermana	Relación distante con personas al cuidado	Pérdida de comunicación con su padre	Culpa por los cuidados "no adecuados" hacia sus familiares. Tristeza por relación previa.	Enojo y tristeza por el cuidado	Relación distante con personas a las que cuidaba	Identificación de emociones y conflictos hacia las personas cuidadas	Aceptación de pérdida de familiares ante el cuidado y ante su muerte	Comenta que antes se sentía en un "hoyo" y ahora puede ver con mayor claridad los eventos sucedidos. Recolocación emocional de personas cuidadas

Tabla F3. Proceso grupal de Magdalena considerando las variables a lo largo de las sesiones.

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
Sobrecarga del cuidado	Tarea pesada	Nota chantajes de su madre, siente que la tarea del cuidado debe ser exclusivamente de ella	Chantaje de su madre, le generan malestar	Cansancio y enojo por que su madre no quiere hacer las cosas	Identifica que mucho de su enojo es por las cosas que aún no ha resuelto de manera personal	Observa que las actividades del cuidado están "resueltas" ya que procura el bienestar de ambas (madre-hija)	Logística para el cuidado entre ella, familiares y una persona contratada: menor cansancio y desgaste emocional	Reconoce los recursos que tiene para el cuidado (interpersonales, monetarios, habilidades sobre enfermería)	Identificación de cuestiones personales que inflúan en el cuidado. Mayor tranquilidad y bienestar emocional sobre el cuidado	Mejor relación con su madre. Papel de cuidadora como una actividad normal
Calidad de Vida	No sale y no hace su vida	Pérdida de relaciones cercanas con familiares	Sólo ha desarrollado la parte laboral	Sensación de malestar	Se da cuenta que ha dado mucho por los demás y detecta la necesidad de ver por ella misma	Necesidad de verse a sí misma, trabajo emocional sobre abuso sexual. Satisfacción por desarrollo laboral y familiar	Comienza a plantearse la posibilidad de desarrollarse en varios aspectos de su vida	Satisfacción por el área laboral y familiar.	Satisfacción por el área laboral y familiar.	Reconoce logros personales
Duelo	Su mamá necesita ayuda para muchas actividades ella se hace cargo	Cambio en relación con madre	Enojo por situación de la madre	Sensación de no haber vivido cosas y actividades con su madre	Identifica que ha adquirido algunas características de la persona a la que cuida. Aceptación de situación de madre y ha puesto en marcha actividades preventivas para el deterioro de ambas.	Logra aceptar la pérdida de comunicación o de la realización de ciertas actividades con su madre.	Aceptación de situación de madre, relocalización emocional y da indicios de querer seguir desarrollándose personalmente	Reconocimiento e identificación de elementos que le causan dolor emocional, aceptación de situación de madre	Límites entre ella y su madre. "Comenzar a vivir"	Acepta situación de madre, relocalización emocional, identificación de elementos personales a trabajar que le permitirán planear nuevos proyectos.

Tabla F4. Proceso grupal de Justina considerando las variables a lo largo de las sesiones.

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
Sobrecarga del cuidado	Se siente cansada física y emocionalmente	Cansancio y preocupación. Logro ver que su hermana tenía buenos cuidados.	Enfermedad gradual, ella comienza a sentirse mal por su hermana y siente la necesidad de cuidarla	Sentimiento de inconformidad por consecuencias del cuidado	X	Ansiedad constante por poco apoyo de sus familiares para el cuidado de su hermana. Considera otras alternativas	Miedo de que nadie cuide tan bien a su hermana como ella, sin embargo al final de la sesión comenta que debe aprender a dar responsabilidades a sus hijos.	Cansancio y desgaste. Valoración sobre el cuidado de su hermana, prefiere no salir para que ella esté bien.	Identifica situaciones de cuidado poco adecuada que pudo realizar, observa cambios importantes en el cuidado	Percepción diferente del cuidado
Calidad de Vida	Cerró su negocio Solo se dedica a cuidar	Logró salir de viaje unos días con su hija	Enfermedades constantes	Sensación de soledad. Pérdida de relaciones interpersonales	X	Sensación de soledad. Pérdida de relaciones interpersonales. Se da un tiempo para sentirse mal y recuperarse de las situaciones que han pasado.	Se siente enferma físicamente	Identificación con otras consultantes, mayor capacidad de reflexión sobre su calidad de vida	Conflictos con familiares cercanos	Aún tiene problemas pero los percibe diferentes y espera poder resolverlos poco a poco
Duelo	Falleció su esposo Hermana con Alzheimer	Tristeza por situación de su hermana	Sensación de tristeza	Dolor por pérdida de comunicación con su hermana	X	Tristeza por pérdida de esposo y situación de hermana	Acepta la condición de su hermana	Tristeza por pérdida de esposo y situación de hermana. Habla sobre necesidad de tiempo para recuperarse	Aceptación de situación de hermana, intentos de recolocar emocionalmente sus pérdidas	Identifica que necesita tiempo para comenzar a resolver sus duelos

Tabla F5. Proceso grupal de Marta Enriqueta considerando las variables a lo largo de las sesiones.

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
Sobre-carga del cuidador	X	Ansiedad por la recuperación de su hijo con parálisis cerebral	Aprendió a poner límites en el cuidado	X	x	Aceptación de las posibilidades de su hijo. Actividades pertinentes para ambos (madre/cuidadora-hijo)	Acepta las actividades que puede realizar, se informa e investiga sobre actividades que fomenten el desarrollo de su hijo.	Actividades necesarias para su hijo. Límites sobre otras personas que tratan de interferir en el cuidado	Al identificarse con otras cuidadoras ha valorado los cuidados que realiza. No siente pesadez ni cansancio.	Identificación de aspectos emocionales de cuidado. Valoración de las ganancias positivas: unión familiar, sensibilización a ciertas problemáticas sociales.
Calidad de Vida	X	Dejo de trabajar. Sensación de frustración	A partir del nacimiento de su hijo, dejó de realizar sus planes pasados	X	X	Preocupación por bienestar personal. Se pone metas.	Comienza a preguntarse qué actividades realizará cuando su hijo esté en la escuela	Recolocación emocional personal para poder desarrollarse en el ámbito laboral e interpersonal	Ha comenzado a hacer ejercicio y posteriormente buscará comenzar a trabajar mientras su hijo está en la escuela.	Ya ha comenzado a realizar actividades que antes nunca pensó. Creación de proyectos personales
Duelo	X	Le cuesta trabajo comprender por qué si ella hizo todo bien, las demás personas no (en el hospital).	Se concentra en las cosas positivas de la pérdida de la expectativa de un hijo "normal"	X	X	Arreglos para meter a la escuela a su hijo. Trata de ver ganancias en la pérdida que ha tenido.	Acepta las limitaciones de su hijo y procurará darle lo mejor de ella misma.	Recolocación emocional sobre situación de su hijo.	Aceptación de capacidades de su hijo. Alegría y amor porque él le ha enseñado muchas cosas.	Amor y aceptación de situación de hijo, recolocación emocional de ambos.

Tabla F6. Proceso grupal de Olivia considerando las variables a lo largo de las sesiones.

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
Sobre-carga del cuidador	X	Cansancio, enojo	Cansancio por cuidado	Cansancio y enojo por las actividades de limpieza de su madre	Desesperanza ante cuidado y refiere que ella "morirá" primero que su madre	Enojo y tristeza por actitudes de su madre	Enojo por situación de madre	Ha encontrado alternativas para el cuidado	Enojo con madre y cuidados le provocan cansancio	Negociará con hermana el cuidado de madre (turnándose por días)
Calidad de Vida	X	Malestares físicos, toma medicamento para la ansiedad.	Depresión, sensación de malestar general	Sensación de malestar	Sensación de soledad que intenta mitigar mediante el cuidado de su madre	Reevaluación de su vida. Sensación de soledad y malestar general	Depresión, sensación de malestar general	Sensación de soledad que lo permite desarrollarse en diversos aspectos.	Comenta que trata de manejar sus emociones	Comenzará a desarrollar planes para mejorar su calidad de vida
Duelo	X	Enojo con mamá porque ella "no entiende las cosas"	Relación conflictiva con la madre	Nostalgia de la relación con la madre	Tristeza por relación previa con madre	Evitación de tristeza por relación de con su madre lo refleja mediante el malestar ante el cuidado	Se cuestiona qué está haciendo ella ante la situación de la madre	Aceptación de condición física y mental de la madre	No ha resuelto relación con madre	Acepta situación de madre. Identifica los elementos que le faltan para aceptar completamente la situación de cuidado.

Tabla F7. Proceso grupal de Marta considerando las variables a lo largo de las sesiones.

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
Sobre-carga del cuidador	X	Cansancio, desgaste físico y emocional por cuidados de su madre.	X	X	Cansancio por limitaciones de su madre. "No encuentra salida"	Relación conflictiva con su madre ante su jubilación	Solución ante cuidado, buscará a una persona que le ayude un día a la semana a cuidarla.	X	Cuidados médicos y nota la importancia de diferentes opiniones que le ayudarán a mejorar el cuidado	Menor desgaste hacia las tareas de cuidado
Calidad de Vida	X	Soledad no ha podido "hacer su vida" Ataques de ansiedad, síntomas psicósomáticos	X	X	Pérdida de relaciones interpersonales, problemas familiares.	Jubilación, la hace sentir triste.	Comenzará a desarrollar proyectos personales.	X	Proyecto de vida para realizar actividades nuevas que le permitan desarrollarse personalmente. Comienza a hacer ejercicio Acepta la situación de su madre y logra elaborar algunas emociones que sentía por relación pasada con su madre. Busca un punto intermedio donde ambas estén a gusto en la casa.	Interés por proyecto de vida (retomar sus estudios)
Duelo	X	Tristeza por la condición de su madre	X	X	Identifica los problemas anteriores al deterioro de su madre.	Relación conflictiva ya que madre no tolera que ella este en casa.	Tratará de darle su espacio comprendiendo y aceptando la pérdida de cosas en su relación	X		Reconoce que hay emociones hacia su madre pero no las identifica claramente.