



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Cuidadores: El dispositivo grupal como una estrategia para incidir en su calidad de vida"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Nancy Anayeli Maya Huerta
Rosalba Valdez Rangel

Directora: Lic. María Estela De Los Remedios Flores Ortiz

Dictaminadores: Dr. Fernando Quintanar Olguín

Mtra. Carlota Josefina García Reyes-Lira



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2016



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.

DEDICATORIAS

Nancy Anayeli Maya Huerta

A las personas más increíbles que conozco.

Mis padres. Sus firmes ideas formaron en mí la convicción necesaria para seguir el camino del estudio y dar hasta el último paso sin dudar (aunque no prometo que este sea el final). Por enseñarme a concluir lo que inicio, por guiarme para construir mis metas y hacerlas tuyas, por incitarme para llegar a ellas, por aceptarlas, compartirlas y por celebrar mis triunfos que son tan tuyos como míos.

Por supuesto, mis abuelos. Para agradecer su abrigo, apoyo, protección, paciencia, tolerancia, cuidado y amor incondicional no me alcanzan las palabras. A mi abuela, quien desde que tengo memoria ha permanecido a mi lado para facilitarme la vida.

A quien encontré en el camino y compartió conmigo esta bella experiencia.

Sin ustedes habría sido mucho más difícil y no tendría el mismo sentido. Estoy orgullosa y feliz de tenerlos para compartir la dicha de un logro más. Y todos los que nos permitamos.

GRACIAS.

Rosalba Valdez Rangel

A mis padres por enseñarme a no rendirme y esforzarme por lo que he querido lograr, otorgarme su apoyo incondicional, impulsarme a dar el primer paso en todos los proyectos, a lo largo de todo este tiempo otorgarme los recursos para que yo pueda desempeñarme bien tanto académicamente como ser humano.

A mi familia en general por ser ellos quienes me enseñan que la comunicación es la base de todo y una herramienta básica para ir más allá de las palabras y significados. A todas las personas que encontré en el camino de este proceso que me enriquecieron con sus comentarios y sugerencias a todos les agradezco por estar ahí.

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
I. MARCO TEÓRICO.....	7
A. La globalización: El fenómeno detrás de la longevidad, la calidad de vida y los cuidadores.....	7
B. El cuidador como objeto de estudio: una revisión a las principales aportaciones.....	14
1. Atención a la figura del cuidador.....	14
2. Los retos del cuidador del adulto mayor: una visión multidisciplinaria.....	21
a. Biológicos- físicos.....	21
b. Psicológicos.....	30
c. Socio-culturales.....	37
d. Ambientales.....	41
3. Programas para el cuidado del cuidador.....	45
II. MARCO METODOLÓGICO.....	52
A. Punto de partida: Psicología social, Investigación-acción y Grupo Operativo.....	52
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....	70
IV. OBJETIVOS.....	75
A. Objetivo General.....	75
B. Objetivos Particulares.....	75
V. MÉTODO.....	76
A. Población.....	76
B. Instrumentos.....	76
C. Temáticas.....	77
D. Procedimiento.....	78
1. Apertura.....	79
2. Desarrollo.....	79
3. Cierre.....	80

VI. RESULTADOS.....	81
A. Sobre el cuidador y el cuidado.....	82
1. Significado del ser cuidador: Definición, función y características del cuidador.....	82
2. Condición emocional del cuidador.....	83
a. Estado de ánimo, sentimientos y sensaciones.....	83
b. Nivel de ansiedad.....	84
c. Relación Cuidador-Adulto Mayor.....	85
d. Necesidades.....	86
3. Cuidados del cuidador.....	86
a. Alimentación.....	86
b. Ejercicio e higiene postural.....	87
4. Elementos con los que todo cuidador debe contar.....	88
a. Elementos con los que cuenta.....	88
b. Concepto de adulto mayor.....	88
c. Conocimiento de una dieta acorde a la etapa de la vida.....	89
d. Conocimiento de la activación física y ejercicios.....	90
e. Conocimiento y medición de signos vitales.....	91
f. Uso de una bitácora.....	92
g. Actividades Ocupacionales.....	93
B. Proceso grupal.....	93
1. Vectores del Cono Invertido, Ansiedades y Roles.....	93
2. Sobre las coordinadoras.....	96
VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	98
VIII. REFERENCIAS.....	111
ANEXOS.....	127
Anexo 1. Carta Descriptiva.....	128
Anexo 2. Escala de Ansiedad de Hamilton 2.....	132
Anexo 3. Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado....	135
Anexo 4. Bitácora del cuidador y el cuidado.....	136
Anexo 5. Vectores del cono invertido.....	139

RESUMEN

Esta investigación tuvo por objetivo analizar y reflexionar los obstáculos que enfrentan los cuidadores, para construir estrategias biopsicosociales que incidan en su calidad de vida. Bajo los lineamientos del método de investigación-acción y del grupo operativo de Pichón-Riviere, se realizó un taller multidisciplinario con una duración de 23 horas, cuyos ejes temáticos fueron: “Significado del ser cuidador”, “Estado emocional”, “Cuidados del cuidador” y “Elementos biopsicosociales que requiere”. Participaron 22 derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar Balbuena del ISSSTE. Se utilizaron tres instrumentos: la Escala de Ansiedad de Hamilton, el “Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado” y el “Formato de los Vectores del Cono Invertido”. Los resultados obtenidos al comparar la pre y post evaluación, mostraron un incremento en la categoría de “sin ansiedad” de 52%; un 50% en los cuidados para el cuidador y en relación a los elementos que debe tener el cuidador se observó un aumento de 42% en promedio considerando la manera de alimentar al adulto mayor, medir los signos vitales, llevar el control a través de una bitácora e implementar actividades físicas y ocupacionales. Se concluye que el taller es un dispositivo importante para la formación de los cuidadores, lo que beneficia al mismo tiempo la calidad de vida del cuidado.

Palabras clave: *cuidadores, adulto mayor, proceso grupal, taller, dinámica grupal y calidad de vida.*

INTRODUCCIÓN

La globalización ha contribuido al aumento en la esperanza de vida, de modo que actualmente las personas llegan a vivir entre 80 y 90 años, lo cual a su vez genera un crecimiento en la población de la tercera edad. Según estimaciones del INEGI (2014), en 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (21.2%) tendrá 60 años o más. De acuerdo a las proyecciones de población que calcula el CONAPO (2013), para 2025 y 2050 el total de adultos mayores aumentará a 17.2 y 32.4 millones, respectivamente.

A medida que el número de adultos mayores incrementa, se hace más frecuente la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas, discapacidades y dificultades que en conjunto propician la necesidad de ser atendidos por otro en todo momento, convirtiéndose en personas dependientes que no gozan de una vida de calidad y que se encuentran a la espera de ser cuidados, no sólo por los profesionales de la salud, sino también por familiares y personas cercanas.

Esto hace indispensable la existencia de una figura cuidadora en la familia que enfrenta varios retos en lo cotidiano y que pocas veces recibe atención y apoyo suficientes. En ocasiones los cuidadores están encadenados a circunstancias que *deben* aceptar y de las que *no hay escapatoria*, ya que se ven en la obligación moral y social de ser responsables del adulto mayor que precisa de cuidados.

En este vínculo cuidador-cuidado se cruzan dos historias, dos intersubjetividades; se reviven y se encuentran sentimientos, se saldan deudas del pasado, situaciones que pueden ser muy desgastantes para ambas partes. Los dos pueden sentirse en una condición de encadenamiento y privación de su libertad, uno por la responsabilidad que acepta (porque cree no poder negarse) y el otro por las condiciones físico-biológicas que no le permiten ser autónomo e independiente.

Los cuidadores han tenido que afrontar por bastante tiempo circunstancias que afectan su calidad de vida de una manera negativa pues existe escaso apoyo

institucional o social, pareciendo ser una población descuidada a pesar del inminente crecimiento paulatino de ésta. Las pocas intervenciones implementadas generalmente se dan en las instituciones de salud en donde claramente el elemento central es el biológico y se minimiza lo psico-socio-ambiental. Sin embargo, mientras no se realice un abordaje multidisciplinario donde lo emocional, lo social y lo ambiental se analicen, todos los esfuerzos por abarcar el nivel biológico serán insuficientes. Dadas las condiciones psicológicas que cuidador-cuidado enfrentan día con día es fundamental la creación de espacios donde el eje rector sea la parte emocional.

Por esto, la Psicología social, definida por Enrique Pichón-Riviere (1985), como el interés en las condiciones concretas de existencia de los individuos, grupos e instituciones que interactúan en una vida cotidiana históricamente establecida; y que apunta, a través de la interpretación a elucidar y explicitar la multiplicidad de determinaciones que los y nos rigen en nuestras diversas prácticas, constituye el eje central al desarrollar estrategias no solamente para brindar *información* sino para alcanzar una *formación* de los cuidadores integral y atenta los múltiples factores involucrados.

Por tanto, la finalidad de este documento dar a conocer los resultados obtenidos al desarrollar el taller denominado “Club de cuidadores”, que tuvo como objetivo analizar y reflexionar los obstáculos que enfrentan los cuidadores, para construir estrategias biopsicosociales que incidan en su calidad de vida de manera favorable.

Este escrito se encuentra estructurado por ocho apartados; en el primero se presentan las condiciones histórico-sociales que enmarcan la situación actual de los cuidadores, así como los retos que estos enfrentan y los intentos que se han hecho por atenderlos.

En el segundo apartado se presentan algunos conceptos básicos sobre la psicología social, la investigación-acción, la teoría de los grupos operativos y el

taller con el propósito de brindar información teórico-metodológica que sustente esta investigación.

En el tercer capítulo se expone la situación considerada problemática y algunos datos estadísticos relevantes, al igual que la importancia de la participación del psicólogo social en este tipo de investigaciones.

A partir del cuarto capítulo, se presentan los elementos que componen la metodología seguida. Finalmente, se informan los hallazgos importantes, la discusión de algunos aspectos sobre los que vale la pena reflexionar y las conclusiones a las que se llegó.

Dar a conocer esta investigación a manera de tesis empírica tiene la intención de que se reconozca la importancia social que tienen este tipo de intervenciones en nuestro país y generar mayor interés por la población de cuidadores, para que más académicos puedan consultarla y dar continuidad en el futuro a proyectos como este, que no sólo benefician a poblaciones en vulnerables sino que además aporten a nuestra disciplina nueva información.

I. MARCO TEÓRICO

A. La globalización: El fenómeno detrás de la longevidad, la calidad de vida y los cuidadores.

La *globalización* o *mundialización* es un fenómeno que cubre todas las áreas de actividad humana incluyendo la economía, mercado, comunicación, cultura, política, ecología, educación, ciencia, tecnología y salud. Hoy en día, no existe área del conocimiento que no esté impactada, directa o indirectamente, por el tema de la globalización; ésta ha permeado prácticamente todos los campos (García & Pulgar, 2010).

La *esperanza de vida* o *longevidad* es un indicador que resume las condiciones de mortalidad en una sociedad y su tendencia permite evaluar las mejoras en el estado de salud de una población (INEGI, 2013). Es posible afirmar que el aumento en la esperanza de vida en el mundo es producto de la globalización, es decir, de un mayor conocimiento en las áreas de las ciencias de la salud, de las políticas de sanidad puestas en funcionamiento durante las primeras décadas del siglo pasado, una mayor cobertura en los servicios de salud y un aumento en la implementación de nuevas tecnologías médicas.

Estos progresos y la realización de estudios más profundos de algunas enfermedades, permitieron conocerlas mejor por lo cual se establecieron acciones para prevenirlas, se logró erradicar algunas de ellas y mejorar el tratamiento de otras que antes se consideraban incurables, pudiendo mantener la salud y controlar padecimientos crónicos.

Dichos avances junto con los recursos tecnológicos modernos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades incluyendo la medicación y las complicadas intervenciones quirúrgicas (entre otras), facilitan la supervivencia a

enfermedades antes rápidamente mortales (Rivero & Martínez, 2011; Schwartzmann, 2003).

El resultado es que ha aumentado el promedio de vida, que tan solo en nuestro país hace menos de 100 años estaba en alrededor de la tercera o cuarta década de vida y hoy se encuentra entre la séptima y la octava, según un reporte del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2013), que expone que en 1930 se vivía en promedio 34 años, observándose una mayor sobrevivencia en las mujeres (35 años) que en los hombres (33 años); ocho décadas después (en 2012), la esperanza de vida aumentó a 74.3 años y la sobrevivencia en las mujeres aumentó casi seis años, respecto a los hombres.

Por si fuera poco, estos números siguen creciendo, de modo que las personas llegan a vivir entre 80 y 90 años. Según una proyección del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2013), se prevé que la esperanza de vida de la población total en el 2020 sea de 76.0 años y de 77.2 años en 2030; las mujeres alcanzarán 78.4 años en 2020 y 79.5 en 2030, mientras que los hombres 73.7 años en 2020 y 75.0 años en 2030.

Sin embargo, el alargar la vida de las personas tiene consecuencias que se manifiestan en diversas formas. Una de ellas es un cambio epidemiológico reflejado en un gran crecimiento de la población de adultos mayores. Es decir, la proporción de adultos mayores de 60 años está creciendo significativamente y crecerá aún más en los años próximos. De acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés, en INEGI, 2014), en 2014, 12% de la población mundial tenía una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas llega a ser de 23.3 por ciento. Estimaciones de la misma fuente, señalan que en 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (21.2%) tendrá 60 años o más.

En México, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado, mostrando una inercia que cada vez se hace más notoria. De 1990 al 2014, el número de adultos mayores aumentó en este periodo

de 6.2 a 9.7% (de 5 a 11.7 millones) y se espera que en 2050 se incremente a 21.5 por ciento. De acuerdo a las proyecciones de población que estima el CONAPO, para 2025 y 2050 el monto de adultos mayores aumentará a 17.2 y 32.4 millones, respectivamente.

A medida que el número de adultos mayores aumenta, se incrementa también la frecuencia de aparición de las enfermedades crónico-degenerativas, definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) como aquellas "de larga duración y por lo general de progresión lenta", entre las cuales, destacan en México: la OBESIDAD, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y el cáncer (Secretaría de Salud, 2001); además de los problemas en las esferas conductual y psicológica como la depresión, la ansiedad, el estrés, las demencias y los relacionados con el exceso de ingesta de alcohol y el uso de medicamentos (OMS, 2015).

Aunado a esto, surgen otras problemáticas tales como las dificultades en la movilidad y funcionalidad de las personas mayores, lo cual tiene implicaciones en la dimensión psicológica y social y repercute en la vida cotidiana de estas personas. La OMS (2013) ha puesto atención a estos aspectos considerándolos parte de la salud mental:

“Muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo.

Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías

presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor puede empeorar esta última.

Los ancianos también son vulnerables al descuido físico y al maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad.”

Por si estos efectos de la globalización fueran poco, existe una incongruencia socio-cultural importante a discutir: En la sociedad moderna y contemporánea en la que vivimos se prefiere a los jóvenes sobre los mayores, lo que es de alguna manera una paradoja, tomando en cuenta que con los grandes avances en medicina, seguridad, política e infraestructura (entre otros), se busca aumentar la esperanza de vida, “pero cuando la población goza de dichas mejoras llegando a una edad avanzada, la misma sociedad la margina y la hace sentir como un estorbo” (Robles, 2006 en González-Méndez, 2014, p. 17).

Nuestra sociedad devalúa a los adultos mayores; en nuestra cultura no hay espacio para lo viejo. Se vive un ambiente diario de rapidez, donde el tiempo es dinero, la energía de los jóvenes y la continua productividad es lo que se busca en donde quiera que se mire, por lo que no hay un lugar para los mayores, se les excluye del área laboral, se disminuyen sus ingresos, se les priva de entretenimiento y compañía. Así mismo, se reducen o desaparecen sus metas, les es difícil hallar una actividad que los haga sentir capaces y útiles, lo cual los deja sin nada trascendente que realizar a lo largo de sus días. Así se constituye la discriminación y devaluación del adulto mayor.

Después de prestar atención a todos estos aspectos, es claro que la longevidad, no está necesariamente asociada a una vida de calidad, incluso puede estar muy alejada de la salud, tan es así que esta población frecuentemente es asociada a la morbilidad, enfermedad y discapacidad (INAPAM, 2010).

Para esclarecer a qué se refiere el término *calidad de vida*, es necesario revisar algunas de las definiciones existentes. Este término comenzó a utilizarse poco después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas sobre si creían tener una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Campbell, 1981 & Meeberg, 1993, en Urzúa & Caqueo, 2012).

Desde entonces, el término ha sido utilizado y definido en bastantes ocasiones por diferentes autores. Ardila (2003), presentó una recopilación de dichas definiciones. Sin embargo, desde el punto de vista de dicho autor varias o todas de las definiciones planteadas son incompletas ya que dejan de lado algunos puntos importantes, por ello, realiza la siguiente conceptualización:

"Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida" (p. 163).

Tonón sugiere (2006, en Nuñez-Rojas, Tobón, Arias-Henao, Hidalgo-Rasmussen, Santoyo-Téllez, Hidalgo-San, y Rasmussen-Cruz, 2010), que definir la calidad de vida implica la participación de las personas en la evaluación de aquello que los afecta, lo cual significa que es preciso integrar en dicho concepto el bienestar físico y psicológico, relacionado con las necesidades materiales y socio-afectivas. En el mismo sentido, no se supone únicamente un criterio individual y particular, sino que se evidencia cómo la calidad de vida "refiere la relación entre una realidad particular y unos propósitos compartidos colectivamente desde una experiencia vital en la acción social cotidiana" (Nuñez-Rojas, Tobón, Arias-Henao, Hidalgo-Rasmussen, Santoyo-Téllez, Hidalgo-San Martín & Rasmussen-Cruz, 2010, p. 12).

Para Tonón (2008, en Nuñez-Rojas, Tobón, Arias-Henao, Hidalgo-Rasmussen, Santoyo-Téllez, Hidalgo-San Martín & Rasmussen-Cruz, 2010), una definición más completa incluye la descripción de las circunstancias de una persona (condición objetiva), así como sus percepciones y sentimientos, considerados ambos como las reacciones ante dichas circunstancias (condición subjetiva).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002 en Cardona y Agudelo, 2005) la reconoce como "la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones" (p.85).

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2010), retoma la definición de la calidad de vida en las personas adultas mayores de Rubio (s.f. en INAPAM, 2010), quien la describe como: "aquella que se funda en el gozo tranquilo y seguro: de la salud y la educación, de una alimentación suficiente y de una vivienda digna, de un medio ambiente estable y sano, de la justicia, de la igualdad entre sexos, de la responsabilidad de la vida cotidiana, de la dignidad y de la seguridad" (p.10).

Según Cardona y Agudelo (2005), la multidimensionalidad de la calidad de vida relacionada con la salud, abarca aspectos subjetivos que parten de la percepción que cada persona tiene de su propio estado de salud, independientemente de la discrepancia con el concepto médico que permite la efectividad de un tratamiento, una terapia o un cambio de su estilo de vida.

Con base en la revisión conceptual expuesta, es claro que no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizado debido a que generalmente los instrumentos son subjetivos, el valor asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y el de cada dimensión puede cambiar a través de la vida (Urzúa & Caqueo, 2012).

Tomando las definiciones anteriores en cuenta, en el presente estudio se empleará el concepto de *calidad de vida* para referir a los elementos biopsicosociales involucrados en las decisiones tomadas para hacer frente a los obstáculos que se presenten en la vida cotidiana. Específicamente se hará referencia a la influencia que tiene la labor del cuidador en su calidad de vida, pues generalmente, ésta se ve afectada negativamente.

Dentro de las decisiones que conjuguen el sentir-pensar-actuar, cabe destacar la posibilidad de negarse o rechazar cumplir una función. Cuando se es incapaz de decir *no* a situaciones específicas que en ocasiones son impuestas socio-culturalmente, se pierde calidad de vida, por lo que es importante contar con elementos que faciliten a los cuidadores tener una dualidad de opciones.

En síntesis, es evidente la estrecha relación que existe entre los efectos de la globalización, la esperanza de vida y la calidad de vida. La primera ha facilitado el aumento en la esperanza de vida, lo cual a su vez ha generado un crecimiento en la población de la tercera edad. Junto con este incremento, aparecen más enfermedades, discapacidades y dificultades de diversos tipos que requieren ser atendidas no sólo por el sector de salud, sino que demandan asistencia especializada por parte de los familiares y/o personas cercanas. Esto hace indispensable la existencia de una figura cuidadora que a su vez se enfrentará a varios retos en su labor y que pocas veces recibe la atención, el apoyo y el reconocimiento suficientes. Así, la figura del cuidador logra cobrar un papel protagonista en este trabajo y al mismo tiempo, suele ser una labor devaluada socialmente como analizaremos posteriormente.

B. El cuidador como objeto de estudio: una revisión a las principales aportaciones.

1. Atención a la figura del cuidador.

Teniendo presentes las condiciones socioculturales derivadas de la globalización, surge la necesidad de que exista una figura cuya función sea brindar atención a las necesidades específicas y cotidianas del adulto mayor, para mantener e incrementar su calidad de vida. Esto quiere decir, que el envejecer no es un fenómeno individual y “aislado, siempre se da en relación con otros que tarde o temprano se verán involucrados en acciones como proporcionar ayuda, compañía, cuidado y orientación” (Quintanar, Flores, García & Sánchez, 2011, p. 7).

En este sentido como consecuencia del crecimiento constante de la población mayor, el número de personas dedicadas a su cuidado ha aumentado convirtiéndose en una población de gran importancia para la sociedad, motivo por el cual en las últimas décadas el cuidador se ha convertido en objeto de estudio disciplinas como: la medicina, la psicología, la enfermería y la sociología.

El interés por los cuidadores comenzó en la década de los 70, al desarrollarse un "entrenamiento a paraprofesionales" que consistió en capacitar a personas que trabajaban con familiares o pacientes discapacitados (Quintanar, Flores, García & Sánchez, 2011). En el año de 1974, Herbert Freudenberg que trabajaba en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos, observó que al cabo de un periodo de entre uno y tres años, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión (Carlin & Garcés, 2010).

Con base en estas observaciones, Freudenberg utilizó el concepto de "burnout" (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”), que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso, para nombrar al conjunto de síntomas biopsicosociales inespecíficos que

se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía y que ocurría en los profesionales "de ayuda", cuya labor está dirigida hacia la atención de otros. Freudenberger describió cómo estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y a veces hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar al paciente de sus propios problemas (Carlin & Garcés, 2010).

A partir de esto, se llevaron a cabo una serie de investigaciones y evaluaciones sobre el burnout en hospitales y casas hogares. Actualmente se habla del "síndrome el cuidador quemado" o del "burnout en cuidadores" refiriéndose estos conceptos a la sobrecarga física, psicológica y social que adquieren los distintos profesionales que asisten a otras personas, tales como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, policías, etcétera.

Según Shumacher, Stewart, Archbold y Dodd (2000, en Cardozo-García, Escobar-Ciro & Cuartas-Velásquez, 2015) a partir de los años 90, los estudios sobre cuidadores se interesaron en su rol como facilitadores del bienestar del enfermo. Más adelante, se pasó a reconocer las consecuencias de la enfermedad crónica sobre aspectos emocionales, económicos y familiares. Ya en los años 2000, la psicología y la sociología comenzaron a indagar acerca del impacto del rol del cuidador y otros estudios exploraron la calidad de vida del cuidador familiar en su dimensión física, psicológica, social y espiritual (Merino, 2004; Álvarez, 2004; Escobar, 2012 en Cardozo-García, Escobar-Ciro & Cuartas-Velásquez, 2015).

Los principales problemas a los que se enfrenta la figura del cuidador han sido atendidos en las últimas décadas principalmente por la Medicina, la Enfermería y la Psicología, aunque son pocas las investigaciones que se reportan (Lara, Díaz, Herrera & Silveira, 2001; López-Gila, Orueta-Sánchez, Gómez-Caro, Sánchez-Oropesa, Carmona-De la Morena, y Alonso-Moreno, 2009; Quintanar, Flores, García & Sánchez, 2011; Rivera, Dávila & González, 2011; López-Márquez, 2013; Salas-Delgado, 2015).

En el campo de acción de la Medicina y la Enfermería resulta de interés la interacción entre el personal y el cuidador familiar, el establecimiento de la comunicación, que en muchos de los casos conserva el patrón de unidireccionalidad en el que el cuidador es visto como un receptor de contenidos e información y quien tiene la función de ayudar a satisfacer las necesidades básicas del paciente, es decir la acción comunicativa del personal se caracteriza por el acto de decir algo, sin considerar el efecto que produce en el cuidador familiar (Cardozo-García, Escobar-Ciro & Cuartas-Velásquez, 2015).

Por otra parte los historiadores encontraron que desde tiempos muy antiguos, el acto de cuidar ha sido de gran interés. Un ejemplo de ello lo tenemos en la fábula “Del hombre y el mundo” escrita por Higinio en la primera mitad del siglo I a.C., que constituye un referente esencial para entender la importancia filosófica, fenomenológica y epistemológica del cuidado (Siles-González & Solano-Ruiz, 2007) y que además señala que la esencia humana no se encuentra en la inteligencia, en la libertad ni en la creatividad, sino básicamente en la capacidad de cuidar.

Etimológicamente la palabra *cuidado* viene del término latino *cura*, que significa actitud de cuidado, desvelo, preocupación e inquietud por la persona amada o por un objeto de estimación. Otros sostienen que la palabra “cuidado” deriva del latín *cogitare-cogitatus* que significa cuidar (Félix-Alemán, 2012). Aun así, el sentido es muy parecido: meditar, pensar, poner atención, mostrar interés, asistir, guardar, conservar, revelar una actitud de desvelo y de preocupación. Por lo tanto, "cuidado" significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato, una actitud fundamental mediante la cual la persona sale de sí y se concentra en el otro, con desvelo y atención, actitud que hace surgir preocupación, inquietud y sentido de responsabilidad (Boff, 1999).

Aunque es sencillo encontrar muchas definiciones y abordajes de los conceptos *cuidador* y *cuidado* es claro, que hasta el día de hoy, el acto de cuidar incluye las prácticas y actitudes de atención, asistencia, apoyo, ayuda, interés, responsabilidad y preocupación de una persona hacia otra, que tienen

como finalidad conservar y prolongar el bienestar bio-psico-social o la calidad de vida de: los recién nacidos, niños, adolescentes, adultos y personas mayores. Dentro de ésta clasificación por edades se requieren cuidados específicos por enfermedades, discapacidades o condiciones neurológicas especiales como retraso mental, Alzheimer y demencia.

De esta manera, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal y social, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona, o en el caso de adultos mayores retardar el deterioro. Según Watson (1988, en Báez-Hernández, Nava-Navarro, Ramos-Cedeño & Medina-López, 2009), para que se den estas prácticas es necesario que se cumplan las siguientes condiciones: 1) la conciencia y el conocimiento de que alguien necesita cuidado, 2) la intención de actuar y acciones basadas en el conocimiento, 3) un cambio positivo como resultado del cuidado, 4) el compromiso moral y la voluntad para el cuidado.

Existen hoy en día varias clasificaciones de los cuidadores, y una de las más comunes es la división entre cuidadores formales e informales. Con el paso del tiempo los avances técnicos y científicos han dado lugar al cuidador formal, persona ajena al núcleo íntimo del individuo, que desarrolla la actividad de cuidar de una manera académica y profesional, siendo ésta remunerada (Burgos-Garrido, Figueroa-Rodríguez, Fuentes-Verdugo, Quijada-Hernández & Espinoza-Lavoz, 2008).

El cuidado formal de adultos mayores se considera por Fernández, Rodríguez y Stolkiner (2013), como una actividad laboral que hoy en día se encuentra en aumento pues actualmente se fomenta la capacitación y actualización constante de los cuidadores, quienes aprenden diversos contenidos teórico-prácticos. Para estos autores forman parte de las tareas técnicas del cuidador, el complementar las actividades que los adultos mayores no puedan desarrollar en forma independiente, evitar suplir las acciones que sí pueden realizar y que limitarían su funcionalidad en la vida cotidiana, si dejaran de hacerlas en forma independiente. Por todo lo que implica, desde

este punto de vista, la profesionalización del rol del cuidador formal de adultos mayores, supone una relación contractual entre el cuidador y el adulto mayor.

De Los Reyes (2001), considera al cuidador formal como aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo una paga o beneficio salarial por su trabajo; incluyendo a profesionales que trabajan en establecimientos destinados a prestar servicios de salud para ancianos y los responsables de esos establecimientos: encargados, directores y propietarios, enfermeras, y personal gerontológico.

Por otra parte se encuentra el cuidador informal, término regularmente utilizado como sinónimo de cuidador familiar. Es un individuo que asume los cuidados de las personas no autónomas que están a su alrededor, desarrollando una función fundamental en nuestra sociedad. Así, su labor contribuye al mantenimiento de las personas en su contexto social, disminuyendo la implementación de recursos formales y evitando o demorando el ingreso a instituciones de internamiento. Generalmente los cuidadores informales forman parte del círculo familiar, lo cual significa que los familiares responsables de algún pariente cercano o lejano se incluyen dentro de este tipo de cuidadores.

Espinoza y Jofre (2012), caracterizan el cuidado informal como un trabajo no remunerado, sin precio en el mercado, que a menudo se confunde con una carencia de valor. Esta labor, se basa en relaciones afectivas y de parentesco, perteneciente al terreno de lo privado; se trata de “asuntos de familia”, en los que el resto de la sociedad no se implica, desarrollándose así en el ámbito doméstico y, como tal, queda oculto a lo público, afectando directamente su visibilidad y reconocimiento social.

En la actualidad la familia es quien proporciona, en mayor medida, los cuidados que requieren las personas dependientes, y es principalmente el cuidador informal el que ayuda a cubrir las necesidades que el usuario no puede satisfacer por sí mismo, viviendo con frecuencia situaciones a las que se enfrentan como un problema. Es allí donde radica la importancia del nivel de conocimiento

que posean; para ello los centros de salud realizan orientaciones, evaluaciones y monitoreo del cumplimiento del programa; además de formar una tríada asistencial con el usuario y el cuidador informal, que debe cumplir con roles que, además de ser complementarios, ayudan al cuidador en tareas complejas asociadas al cuidado integral (Burgos-Garrido, Figueroa-Rodríguez, Fuentes-Verdugo, Quijada-Hernández & Espinoza-Lavoz, 2008).

Dentro de la familia, generalmente es designado un cuidador principal que se haga cargo de estas necesidades de cuidados de la persona adulta mayor, pero al mismo tiempo es quien soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de dicha responsabilidad. De esta manera se define un cuidador principal informal a la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello (Ribas, Castel, Escalada, Ugas, Grau & Magarolas, 2000 en López-Gila, Orueta-Sánchez, Gómez-Caro, Sánchez-Oropesa, Carmona-De la Morena & Alonso-Moreno, 2009).

Además de la inexistencia de una remuneración económica, el cuidador familiar se caracteriza por ser provisto por los familiares, amigos o los vecinos muy allegados a la persona que lo requiere, el cual no está regulado, ni sometido a horarios y generalmente quienes lo proveen no han tenido educación formal al respecto, al menos cuando comienzan a desempeñar este rol (Giraldo & Franco, 2006).

Acerca de los datos estadísticos de los cuidadores informales, según la única estimación existente, en Estados Unidos hay 52 millones de cuidadores/as informales de personas adultas enfermas o discapacitadas, y 25.8 millones prestan cuidados de asistencia personal. En Canadá, se estima que 3 millones de cuidadores prestan ayuda a personas con alguna enfermedad crónica o discapacidad, y en Reino Unido se cifra en 5.7 millones la población de cuidadores/as (un 17% de los hogares). Un 20.7% de los adultos en España presta ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria a una persona mayor con la que convive, y el 93.7% de ellos tiene vínculos familiares con la

persona a la que cuida; sin embargo, mientras que el 24.5% de las mujeres prestan cuidados, sólo lo hace el 16.6% de los hombres (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004). No existen estudios que muestren las cifras de nuestro país.

Cuando se habla de cuidado informal se está refiriendo mayoritariamente al apoyo ofrecido por miembros de la red familiar inmediata; pero como puede resultar evidente, la distribución del rol de cuidador no es homogénea en las familias. Dentro de éste grupo, son mayoritariamente las mujeres quienes asumen el rol, por lo que:

“El perfil típico de la persona cuidadora principal es el de una mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (por lo general, madre, hija o esposa) y que convive con la persona a la que cuida. Género, convivencia y parentesco son las variables más importantes de cara a predecir qué persona del núcleo familiar va a ser la cuidadora principal” (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004, p. 84).

Algunos estudios realizados en Europa, enfatizan las cifras que muestran el predominio de las mujeres como cuidadoras en los países desarrollados como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y España: el 60% de los cuidadores principales de personas mayores, el 75% en el caso de personas con discapacidad, y el 92% de los cuidadores de las personas que necesitan atención por cualquier motivo son mujeres (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004) y cabe señalar que estos porcentajes son de hace diez años, por lo que seguramente el porcentaje ha aumentado junto con el número de personas de la tercera edad, aunque no cabe duda de que los hombres se han vuelto más participativos que antes en las cuestiones del cuidado.

Por si estas cifras fueran poco, las mujeres asumen con frecuencia también el papel de cuidadoras secundarias o sustitutas, de tal manera que cuando una cuidadora principal necesita ayuda para cuidar, suele recurrir a otra mujer de la familia: madre, hermana o hija (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004).

2. Los retos del cuidador del adulto mayor: una visión multidisciplinaria.

Los cuidadores y los receptores de cuidados, como cualquier persona, están conformados por dimensiones interconectadas entre sí. Si analizamos las repercusiones del cuidado sobre diferentes áreas o dimensiones de la vida, encontraremos que cuidar afecta de forma importante y negativa a alguna de ellas, entre las que se incluyen la salud, el estado emocional, el trabajo extradoméstico, la economía, el uso del tiempo o las relaciones familiares y sociales, entre otras. Por su relevancia, aquí se considerarán cinco esferas o dimensiones en las cuales pueden ubicarse algunas dificultades u obstáculos con los que los cuidadores pueden enfrentarse en la cotidianidad al realizar su labor. Los retos que enfrentarán, generalmente por un largo periodo, serán de orden biológico-físico, psicológico, social y ambiental. Por esta razón, las alternativas para hacerles frente requieren ser creadas con la participación de varias disciplinas en un trabajo integral.

Dadas las condiciones de vida consecuentes de la globalización, el cuidado de adultos mayores se constituye por retos que requieren reconocimiento, entendimiento y sensibilidad por parte de nuestra sociedad actual y futura.

a. Biológicos-físicos

Los retos biológicos o físicos no sólo incluyen los evidentes esfuerzos y el desgaste corporal y de salud en general por parte de los cuidadores, también forman parte de este tipo de retos, los intentos por mantener o mejorar la salud física y orgánica de sus pacientes. Esto es un gran reto en la tercera edad ya que es en ese momento cuando la mayoría de las enfermedades atacan al cuerpo ya débil y deteriorado con los años.

Los principales problemas de salud y padecimientos biológicos presentes en los adultos mayores en México son diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, osteoporosis, artritis, artrosis, infecciones, obesidad, desnutrición, alteraciones de la vista y oído, impactación fecal, estreñimiento, incontinencia y hemorroides; insomnio,

inmunodeficiencias e impotencia sexual; a nivel funcional: inmovilidad, inestabilidad y caídas (Instituto de Capacitación para el Trabajo, 2015).

Las principales causas de muerte en la población mayor de 60 años, según el INEGI, son las enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan: las cardíacas, la diabetes mellitus, las cerebrovasculares, las de las vías respiratorias, las del hígado e hipertensivas; los tumores malignos y los accidentes (2005 & 2014).

Entre los adultos mayores es frecuente que un mismo individuo presente varios padecimientos, así como la combinación de enfermedades crónicas con las del tipo agudos y accidentes, que generan a las personas mayores dificultades para desarrollar actividades de la vida diaria de manera independiente, y con lo cual sus cuidadores deben enfrentarse día con día.

Dentro de esta clasificación de retos biológico-físicos pueden ubicarse la práctica de ejercicio, la correcta movilización, el control de los medicamentos, la medición de signos vitales, la compañía a consultas médicas, el control de la dieta, y el mantenimiento higiénico. Aunque cada paciente de la tercera edad puede presentar enfermedades o discapacidades que requieren cuidados específicos, aquí se mencionarán dificultades generales que existen en el cuidado de adultos mayores o incluso de personas más jóvenes.

Todas estas acciones que el cuidador debe saber manejar eficientemente con el paciente, influyen en su propia dimensión biológica y física. Un cuidador que tiene el conocimiento y la práctica para incorporar de la cama a su paciente sin lastimarse y que además practica ejercicio constantemente, por ejemplo, tendrá menos posibilidades de lesionarse que un cuidador que desconoce tales movimientos.

El cuidador debe tener el conocimiento de los ejercicios que él o ella y su paciente pueden realizar sin lastimarse ni excederse, de la cantidad de veces que puede repetirlos en una sesión y la frecuencia con la que deben realizarlo, así como el conocimiento de los beneficios y consecuencias de incorporarlo o no a

su vida cotidiana. En poblaciones de edad avanzada, el objetivo de la práctica deportiva va encaminado principalmente a evitar el retroceso de las cualidades físicas (García, 2013), y según los expertos (Heredia, 2006), un programa equilibrado de ejercicio debe incluir actividades encaminadas a conseguir cada uno de los tres objetivos de una buena coordinación física: aumentar la flexibilidad, incrementar la fuerza y elevar la resistencia cardiovascular sobre los tres componentes de cada sesión de ejercicios: el calentamiento, el ejercicio o entrenamiento y el enfriamiento, y se diseña para adaptarse al estado, necesidades de salud y problemas médicos de un paciente en concreto. Por ello será de útil para los cuidadores conocer algunos movimientos adecuados para su caso, compartidos por un profesional y repetirlos junto con el adulto mayor a su cargo.

Por otro lado, una correcta movilización no sólo será beneficiosa para el paciente mayor, sino que ayudará a prolongar la salud física del cuidador. Por ejemplo, una cuidadora de entre 55 y 75 kilos con frecuencia debe levantar a un anciano que puede pesar entre 70 y 80 kilos, sostenerlo en diferentes momentos, ayudarlo a acostarse, limpiarlo y vestirlo, lo cual implica un desgaste físico importante (González-Méndez, 2014). Con mucha frecuencia se requiere el conocimiento de las estrategias para llevar cabo operaciones tan habituales como lo son: el desplazamiento hacia la cabecera de la cama, la transferencia de la cama a la silla de ruedas o a la camilla y viceversa, el traslado de la silla de ruedas al baño y a la inversa, la rotación en la cama y/o cambio postural y el levantamiento de la posición sentada a la postura de pie. El nivel de dificultad de estas operaciones dependerá en gran medida del grado de colaboración de los pacientes de la tercera edad, que su vez se verá fuertemente influido por su estado biológico-físico y psicológico.

Álvarez-Casado, Hernández-Soto y Rayo-García (2010), crearon una clasificación de los pacientes no autónomos de acuerdo a sus capacidades motrices y a su tipo de enfermedad: Los *no colaboradores* y los *parcialmente colaboradores*. Los primeros son aquellos que no pueden utilizar sus extremidades superiores ni inferiores; debido a esto son necesarias operaciones de movilización

donde son levantados completamente. Los parcialmente colaboradores, son los que tienen una capacidad motora residual y que, consecuentemente, en las operaciones en las que se requiere moverles sólo son parcialmente levantados.

Además, no todos los cuidadores pueden ayudarse de camas especiales y equipos técnicos apropiados por lo que es necesario que todo se realice de forma manual, existiendo grandes riesgos para su salud tal y como lo explica Villarroya (2012):

“La movilización de pacientes constituye uno de los principales factores de riesgo para las lesiones de espalda, y por ello entre el personal sanitario tiene una especial incidencia la lumbalgia aguda, debido a la manipulación manual de pacientes por tareas de higiene, traslados o cambios posturales. Así, los trastornos dorsolumbares derivados de estas tareas tienen su origen principalmente en la realización de levantamientos incorrectos con cargas excesivas y en la adopción de posturas incorrectas, tanto al realizar las movilizaciones como al asumir tareas estáticas.

En el sector sanitario los trastornos musculoesqueléticos son uno de los principales problemas, siendo la lesión más común dentro del personal que moviliza pacientes debido al esfuerzo asociado a la movilización. El personal sanitario tiene un riesgo elevado de padecer trastornos músculo-esqueléticos, debido a diversos condicionantes, tales como adoptar posturas incorrectas, utilizar equipamientos obsoletos, contar con un número inadecuado de profesionales o trabajar en espacios limitados. Tales lesiones músculo-esqueléticas se pueden producir en cualquier zona del cuerpo, pero son más sensibles los miembros superiores y la espalda, en especial la zona dorsolumbar, incluyéndose lumbalgias, hernias discales o incluso fracturas vertebrales por sobreesfuerzo.

La manipulación de pacientes es, en muchos casos, responsable de la aparición de fatiga física así como de lesiones que se pueden producir bien de forma inmediata o bien por la acumulación de pequeños traumatismos, concretándose tras realizar la movilización de enfermos en periodos cortos y de manera repetida. Estas movilizaciones exigen una demanda física a la zona lumbar que en algunos casos puede estar cerca del límite máximo de tolerancia de

compresión (...) al tener que levantarse totalmente al paciente o parte de su cuerpo" (p. 27).

Por supuesto, estos problemas de salud no sólo ocurren al personal sanitario, incluso pueden ser más frecuentes para los cuidadores no profesionales ni preparados. Los cuidadores pueden valerse de algunas estrategias para movilizar a sus pacientes, con las que el peso que levantarán será menor, o bien, se evitarán caídas y lesiones graves para ambos.

Muchas de dichas estrategias son utilizadas por el personal de enfermería en los hospitales y entre ellas destacan: el uso de las sábanas, la práctica de determinadas posiciones corporales para cargar y la colocación de tubos y agarraderas para el paciente. Sin embargo, esta tarea representa un reto que el cuidador no puede evadir, ya que funciona entre otras cosas para mantener el funcionamiento de los órganos y extremidades y la higiene y, como consecuencia, evitar la formación de llagas o escaras en el cuerpo sobretodo del paciente que pasa bastante tiempo encamado. Aunque esto puede prevenirse, ocurre con frecuencia en pacientes con dificultades para moverse y personas de la tercera edad.

Las llagas, úlceras por presión o escaras son "lesiones en la piel y tejidos subyacentes como consecuencia de la compresión producida por presión, fricción o cizallamiento entre una protuberancia ósea y los tejidos que la envuelven contra una superficie externa, generalmente cuando la compresión es prolongada o sostenida" (IMSS, 2015, p. 12). Las acciones inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de escaras son la inmovilización prolongada, falta de higiene, posicionamiento inadecuado del paciente, falta de los aditamentos necesarios o de cambios de posición, inexistencia de un horario establecido para los cambios de postura, inmovilización inadecuada, cizallamiento o fricción, no aplicar sustancias hidratantes o aplicar sustancias inadecuadas durante la higiene del paciente y la realización de masajes de forma inadecuada (MINDSALUD, 2014). El cuidador del paciente en riesgo de sufrir llagas por presión deberá poner

especial atención y realizar continuas revisiones al cuerpo de su paciente ya que este tipo de lesiones se consideran una entidad importante por su incidencia y alta prevalencia, así como por las repercusiones asociadas. Las úlceras por presión, son una complicación trágica, pero evitable, pues afectan la calidad de vida de los pacientes, llegando incluso a provocarles la muerte (IMSS, 2015).

En lo referente a la administración de medicamentos, es indispensable que ésta sea rigurosamente cuidada, pues los errores en la toma de fármacos puede resultar extremadamente perjudicial para el paciente, tanto al ingerir medicamentos no prescritos por el médico, como al no tomar la dosis indicada, en los horarios indicados. En el caso de los adultos mayores, que generalmente requieren más de un medicamento, suele recomendarse que estos lleven un minucioso registro de los medicamentos y los horarios para evitar olvidos y confusiones, o bien, que la toma de fármacos sea supervisada o controlada por alguien más, en este caso, el cuidador. Esta misma estrategia puede facilitar al cuidador la administración de los medicamentos de su paciente o los propios. Otra habilidad con la que los cuidadores deben contar es la de aplicar inyecciones, pues puede presentarse la ocasión en la que deban hacerlo por sí mismos ya sea por una emergencia o cotidianamente.

Por otro lado, los signos vitales son indicadores del estado funcional del cuerpo ya que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón y pulmones), expresando de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo (EducarChile, 2012). Por ello, la medición correcta y constante de signos vitales en el adulto mayor, representa una herramienta muy valiosa que ayudará a detectar disfunciones y alertará a los cuidadores quienes a su vez contarán con evidencia para informar a su médico.

Los cuatro signos vitales son 1) frecuencia cardiaca (medida por el pulso); 2) frecuencia respiratoria; 3) presión arterial y 4) temperatura. Será de gran utilidad que el cuidador adquiera la capacidad de medir y registrar cada uno de los signos vitales. Asimismo puede resultar oportuno que sepan medir adecuadamente indicadores importantes en algunos casos como la glucosa

en pacientes diabéticos. Estos conocimientos también ayudarán al cuidador para que supervise sus propios indicadores de salud y en caso de detectar alguna falla, poder asistir al médico.

Existe otro aspecto biológico de gran importancia no sólo para los cuidadores y sus pacientes sino para todos los seres vivos: La nutrición, que representa

uno de los retos más importantes para los cuidadores ya que existen pacientes mayores autónomos que se hacen cargo de su propia alimentación y otros, dependientes, que no lo hacen, además de mostrarse poco colaborativos a la hora de tener que ingerir sus alimentos. Este aspecto no puede evadirse ni recibir poca atención ya que una inadecuada alimentación puede traer consigo graves consecuencias.

La malnutrición es un importante trastorno alimenticio que afecta al aporte energético y al proteico; pero también las consecuencias del exceso, entre las que podemos enumerar la obesidad, dislipemia, hipertensión arterial e hiperglucemia, tienen amplia representación en pacientes de edad avanzada. Para cada caso es preciso establecer una dieta especial pues no se han publicado recomendaciones con criterio unívoco y definitivo para personas que sobrepasan los 65 años de edad (Serrano-Ríos, Cervera-Ral, López-Nomdedeu, Ribera-Casado & Sastre-Gallego, 2010).

También la hidratación resulta indispensable en la tercera edad. La deshidratación puede generar consecuencias desagradables ya que se asocia con hipotensión, aumento de la temperatura corporal, confusión mental, dolor de cabeza e irritabilidad. Además la falta de líquido puede ser el principal contribuyente al estreñimiento, muy común en las personas mayores. Aunque algunos pacientes dejan de tomar líquidos por falta de sed o por sus frecuentes ganas de orinar, es importante mantenerlos bien hidratados para propiciar el buen funcionamiento corporal. (Observatorio de Hidratación y Salud, 2015).

La elección de los alimentos adecuados y el desarrollo de buenos hábitos de alimentación deben ser guiados por un conocimiento científico del régimen

alimentario y de las actividades del aparato digestivo. Es importante que las personas encargadas de preparar las comidas del adulto mayor tomen en cuenta que alimentarse bien no es comer mucho, significa ingerir distintos tipos de alimentos que aseguren el desarrollo y mantenimiento de todos los órganos con salud, vigor y bienestar (Espín, Leyva, Vega, Simón, Arencibia, Ochoa, Rodríguez, García, López, Diéguez & Suárez, 2015).

El cuidador puede enfrentarse a situaciones que afecten la alimentación de su familiar. Por ejemplo, existen adultos mayores que han olvidado cómo preparar la comida, se niegan a comer o se niegan a ingerir algunos alimentos específicos, necesita que se le dé de comer en la boca, presenta problemas para masticar o tragar y sufren de estreñimiento o diarreas frecuentes.

Sabiendo esto, los cuidadores deben preparar comidas que sean nutritivas (y equilibradas al incluir alimentos de acuerdo con el plato del bien comer), que mantengan buenas condiciones de higiene en la preparación y servicio, sean variados, tengan un buen aspecto (deben ser apetitosas), y que se adapten a las necesidades fisiológicas de cada paciente.

La nutrición de los cuidadores mismos también suele verse afectada en gran medida pues en muchas ocasiones debido a la situación que viven con una carga excesiva de tareas, le restan importancia a una correcta alimentación, lo postergan, no les preocupa ingerir platillos balanceados o acudir con un profesional para que les recomiende una dieta, ingieren lo que sea más rápido de preparar, hacen ayunos muy largos e incluso pueden olvidarse de comer.

También la higiene corporal y bucal, están asociadas con la calidad de vida. Es otro aspecto físico de gran importancia para los cuidadores quienes deben propiciarla y mantenerla. La falta de higiene corporal y buco-dental puede generar graves consecuencias de tipo infecciosas no sólo en la tercera edad sino durante toda la vida.

Los cuidadores deben conocer algunas técnicas especiales para el cepillado de dientes y encías y la limpieza general del cuerpo (orejas, genitales, manos, etc.) para evitar errores comunes. Pueden valerse de algunas estrategias

como el uso de una gasa para limpiar la cavidad bucal de sus pacientes cuando estos hayan perdido algunos o todos sus dientes o poner en práctica las estrategias de movilización para dar baños de esponja a sus pacientes encamados. Estas estrategias especiales deben ser compartidas por los profesionales de enfermería y odontología y pueden servir para que el cuidador las aplique a sí mismo.

Muchos de los pacientes mayores requieren y solicitan la compañía a sus consultas médicas, ya que puede resultar difícil para ellos trasladarse a, o moverse dentro de las clínicas de salud, así como recordar detalles importantes que pueden ayudar a su médico. Por ello los cuidadores deben disponer de su tiempo para acompañar y apoyar a su paciente, lo cual le resultará más sencillo siguiendo una estrategia que le permita tener a su alcance todos los detalles importantes respecto a la salud de la persona mayor y de la suya en las ocasiones que el mismo cuidador requiera servicios médicos. De esta manera, resultará de gran importancia el manejo organizado y constante de una bitácora o cuaderno de registros donde el cuidador pueda anotar los detalles referentes a la alimentación, el ejercicio, la toma de medicamentos, los signos vitales, etcétera y que pueda revisar en cualquier momento.

Finalmente, los cuidadores suelen presentar afectaciones físicas, crónico-degenerativas o síntomas psicosomáticos debido a que generalmente son personas adultas y muchas veces adultas mayores al igual que sus pacientes, esto aunado a que tales padecimientos pueden exacerbarse al desempeñar la función de cuidador, porque no se prevé oportunamente la sobrecarga. Así, las personas que cuidan la salud de otros presentan con frecuencia, ellas mismas, una salud precaria (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004; López & Crespo, 2007).

b. Psicológicos

En este apartado se concentran todos aquellos retos de orden psicológico o "mental" (como otros autores lo denominan) y emocional con los que cuidadores y cuidadoras pueden toparse día con día.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), más del 20% de la población de 60 años y más sufre algún trastorno mental o neural, siendo la demencia y la depresión los padecimientos neuropsiquiátricos más frecuentes. En la persona de edad avanzada, los factores genéticos y biológicos, las alteraciones en la movilidad, la presencia de dolor, enfermedades crónicas o la experiencia de alguna pérdida (familiar, salud, dependencia, entre otros) pueden causar aislamiento, soledad y angustia, situaciones relacionadas con estos trastornos (INEGI, 2014). Estos datos son relevantes considerando que la mayoría de los cuidadores de personas de edad avanzada son también personas mayores, lo cual indica que los trastornos pueden estar presentes en ambos casos al mismo tiempo.

El estado emocional de pacientes y cuidadores se pone a prueba con cada obstáculo por afrontar y al no contar con los recursos necesarios para adaptarse a nuevas situaciones, se encuentra en riesgo constante.

Hay quienes denominan esta capacidad para hacer frente a situaciones desfavorables como *resiliencia* y al mismo tiempo la consideran un rasgo o característica de la personalidad, un proceso por desarrollar, o bien, un resultado (Fernández-Lansac & Crespo, 2011). Según el modelo biopsicosocial (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004), cuando existe un desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos que las personas poseen para hacer frente a esas demandas se genera el estrés. La tensión emocional y los posibles problemas de salud asociados aparecen cuando se percibe un nivel muy elevado de demandas y escasos recursos para controlar esa situación.

El cuidado de personas mayores dependientes ha sido identificado desde el siglo pasado como una de las situaciones más estresantes que se dan en el

círculo familiar (Zarit, 1996, en Yanguas, Leturia & Leturia, 2000) y por si fuera poco, este trabajo por lo general no suele durar poco tiempo.

La impotencia, la sensación de saber que todo lo que se hace es insuficiente para aliviar los males del ser querido, la sensación de derrota, son los elementos más generadores de estrés crónico (Faur, 2005), aunque no los únicos.

Así mismo, desde hace algunas décadas (Fernández-Hermida, Fernández-Sandonis & Fernández-Menéndez, 1990; Schulz, O'Brien, Bookwala & Fleissner, 1995, en López y Crespo, 2007; Yanguas, Leturia & Leturia, 2000; López-Gila, Orueta-Sánchez, Gómez-Caro, Sánchez-Oropesa, Carmona-De La Morena, Alonso-Moreno, 2009), se confirmó que los cuidadores, incluyendo los de tipo formal e informal, se ven expuestos constantemente a una serie de situaciones estresantes que incrementan el riesgo de que padezcan diversos problemas emocionales, especialmente síntomas depresivos, altos niveles de ira, irritabilidad, apatía, hostilidad, ansiedad y alteraciones del sueño.

Dentro de esta categoría, destacan también como generadoras de estados emocionales negativos las relaciones de dependencia. La situación de dependencia de los adultos mayores se ha ido agravando junto al crecimiento poblacional de este grupo.

La *dependencia* es la necesidad de ayuda o asistencia indispensable para desarrollar las actividades de la vida cotidiana, la incapacidad de una persona de valerse por sí misma. "Es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal" (Consejo de Europa, en Lorenzo-Otero, Maseda-Rodríguez, & Millán-Calenti, 2008, p. 34).

Así, las características determinantes de la dependencia son: 1) la limitación (biológica, física, psíquica o intelectual) que disminuye o elimina algunas capacidades, 2) la incapacidad para realizar actividades de la vida cotidiana y 3) la necesidad de cuidados y asistencia por parte de terceros.

El cuidado suele emerger de una situación de dependencia y viceversa. Aunque en vez de eliminarse, ésta puede ir en aumento. El aceptar la responsabilidad de una persona dependiente representa una gran carga y un reto para el cuidador, sin embargo, no todas las personas que requieren cuidados son totalmente dependientes, sino que las relaciones de dependencia se construyen todos los días con pequeñas acciones y actitudes cotidianas.

La gravedad del problema de salud del receptor de cuidados y su nivel de dependencia no sólo definen las demandas, también son una fuente de estrés para el encargado porque supone enfrentarse diariamente con el sufrimiento y la dependencia, así como con situaciones conflictivas, a veces difíciles de manejar. Las tareas que suponen mayor sobrecarga son las poco flexibles en el tiempo y que interfieren en gran medida con otras obligaciones del cuidador las que exigen una respuesta inmediata y aparecen de manera inesperada y las que requieren disponibilidad permanente para cuidar. Son precisamente estos cuidados los que asumen las mujeres con mayor frecuencia.

En el ámbito del cuidado, el término “sobrecarga” se ha usado con mucha frecuencia desde la década de los ochenta en referencia al impacto que tiene cuidar a una persona dependiente, sea mayor o no, sin embargo no se ha obtenido una sola definición. Se ha diferenciado la carga “objetiva” referida a los efectos concretos del peso de las tareas en la vida diaria, y la carga “subjetiva”, referida a la percepción que tiene el propio cuidador de las demandas recibidas y los sentimientos derivados de convivir con una persona mayor y/o enferma (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004).

Algunos autores, enfatizan la sobrecarga de los cuidadores refiriéndose al grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado ha influido sobre diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica (Zarit, Reeve & Bach-Peterson, 1980 en Fernández-De Larrinoa, Martínez, Ortiz, Carrasco, Solabarrieta & Gómez, 2011). De esta manera se observa el impacto que genera el cuidado en la salud física y psicológica de la persona cuidadora (Pinquart & Sorensen, 2003 en Fernández de Larrinoa, Martínez, Ortiz,

Carrasco, Solabarrieta & Gómez, 2011; Cardona, Segura, Berbesí, Ordoñez & Agudelo, 2011).

Incluso ha llegado a destinarse el desafortunado término de *síndrome del cuidador* para describir el conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, psicosomáticas y hasta los problemas laborales, familiares y económicos que enfrentan los cuidadores como si de un entidad clínica se tratara (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004).

Si hablamos de cuidado, y del agotamiento y sobrecarga derivados de esta acción, no podemos dejar de hacer referencia al popular *síndrome de burnout* o *síndrome del quemado*. Este síndrome ha sido estudiado como una forma de estrés laboral referido específicamente a las profesiones asistenciales: médicos, enfermeras, psicólogos, docentes aunque también ha sido aplicado a los cuidadores informales. El burnout se caracteriza por el cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización, falta o disminución de realización personal y las afectaciones a la salud en general.

Es muy común encontrar casos de dependencia en la tercera edad, en los cuales, el adulto mayor demanda la realización de actividades que ya no puede ejecutar por sí mismo. Al mismo tiempo, las actitudes del enfermo o adulto mayor suelen ser conflictivas o requerir un esfuerzo extra. La gratitud, la educación y el respeto se pierden en las relaciones de cuidado a largo plazo y se ven remplazadas por actitudes de hostilidad, reproche, manipulación y chantaje.

También existen, la relaciones de codependencia entre el cuidador y el receptor de cuidados cuando el primero asume las responsabilidades de su paciente como propias, la actividad de cuidar se convierte en toda su vida, abandona sus actividades antes cotidianas y su propio cuidado dejan de ser relevantes ya que da prioridad a los de su paciente. Cuando el cuidador se asume indispensable para mantener con vida a su paciente y acepta todas las responsabilidades mencionadas anteriormente, es frecuente que pierda de vista sus propios deseos, objetivos, metas y proyectos, lo cual es perjudicial para su estado psicológico pues propicia los sentimientos de tristeza, inconformidad,

frustración, insatisfacción, infelicidad, culpa e impotencia, y las sensaciones de estar atrapado, atascado o encerrado y de no encontrarle otro sentido a la vida.

Por esta razón es indispensable que un cuidador elabore y lleve a cabo sus propios proyectos de vida, tenga espacios para estar consigo mismo y con otros además de su paciente y pueda salir de ese ambiente y tomar descansos varias veces a la semana, sobre todo si él suele dedicar todo su tiempo al cuidado.

Para hacer frente a la dependencia, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2013), recomienda que el cuidador del adulto mayor procure la participación activa de la persona cuidada, no sobreprotegiendo ni haciendo cosas que él mismo pueda hacer, de esta manera se le animará a colaborar con actividades básicas de un modo adecuado a sus capacidades, esto de una forma segura, promoviendo la sensación de sentirse digno cuando es asistido en las actividades más íntimas.

Así, no sólo se propiciará la independencia y la autonomía y se demorará lo más posible la llegada de la dependencia, sino que la relación entre cuidador-cuidado se verá beneficiada.

Para propiciar la independencia y autonomía hace falta incluir sencillas acciones en el día a día. Por ejemplo, las actividades ocupacionales tales como las manualidades y los juegos mentales son estimulantes a nivel cognitivo y motriz, mantienen al paciente en acción y presente en el aquí y el ahora. Incluirlo en las labores domésticas por más simples que estas sean lo ayudarán a sentirse útil, valorado y a recordar sus propias capacidades. El valorar y enfatizar las opiniones, ideas y capacidades del receptor de cuidado, animarlo a que realice acciones sencillas pero importantes relacionadas con su propio cuidado, el de su hogar y el de sus familiares favorecerán su estado emocional y propiciarán su constante colaboración.

Solicitar ayuda a otros familiares o recurrir a algún profesional suele ser también de gran ayuda. Sin embargo, existen cuidadores que creen no necesitar ayuda o se asumen como la única persona en el mundo capaz de hacer lo que su paciente necesita. Como cualquier actividad laboral, el cuidado requiere que

existan momentos destinados al descanso y distracción y si el paciente no debe estar solo, es necesario contar con alternativas. Hay que recordar que el cuidado, sobretodo en el ámbito familiar, no es responsabilidad de una sola persona, por lo que si el cuidador cuenta con la capacidad de negociar los tiempos y responsabilidades con otros miembros de la familia, podrá facilitarse su propio trabajo.

En la última etapa de la vida, el estado emocional puede ser muy variado, cambiante e influenciado por condiciones muy complejas, o bien por detalles aparentemente simples.

Es bien sabido que los adultos mayores pueden mostrar una actitud difícil, llena de hostilidad, necesidad, terquedad, obstinación e inflexibilidad, por ello otra habilidad que favorecerá al cuidador, será aprender a comunicarse con su paciente para mantener una relación respetuosa, basada en negociaciones. Así como estas actitudes llegan a surgir repentinamente, puede que tengan un origen antiguo, sin embargo, pueden modificarse con pequeños cambios constantes en la rutina, estableciendo límites, solicitando conversaciones o con algunos cambios en el actuar.

Del mismo modo existen personas con actitudes totalmente diferentes con quienes los cuidadores no tendrán mayor problema. En los casos en los que no es así, sino que se exaltan las actitudes negativas, el cuidador deberá prestar especial atención al estado emocional de su paciente día con día ya que por sus condiciones, los adultos mayores dependientes pueden ser una población en riesgo constante, de manera que será fácil caer en estados emocionales negativos (tristeza, enojo, melancolía, preocupación, ira, etcétera).

Será recomendable entonces, que el cuidador reconozca la importancia del estado emocional y lleve registro de los estados de ánimo de su familiar, de modo que pueda notar cambios importantes y elaborar un plan de acción que evite que dichos estados se prolonguen o empeoren generando estados más graves de depresión o ansiedad entre otros.

Los antecedentes pueden determinar el tipo de relación entre cuidador-cuidado pues las condiciones que conllevan a la situación de cuidado son muy distintas en cada caso. Por un lado, la situación biológico-funcional de los adultos mayores tiene orígenes diferentes, además, las enfermedades, padecimientos o dificultades funcionales demandan cuidados específicos y esto repercute en la relación que se da entre ambos. Por otra parte, los motivos que llevan a un cuidador a asumir este rol, influirán de manera significativa en su modo de relacionarse con la persona a su cargo.

Quintanar, Flores, García y Sánchez (2011), enlistan siete motivos para cuidar a una persona mayor.

Motivación altruista: Su objetivo es mantener el bienestar de la persona cuidada porque se entienden y comparten necesidades, intereses y emociones.

Reciprocidad: La persona ahora cuidada, antes cuidó.

Gratitud y estima: Demostradas por la persona cuidada hacia el cuidador.

Sentimientos de culpa: Como una forma de redimirse, de superar sentimientos de culpa creados por situaciones del pasado.

Evitar censura: Por parte de la familia, conocidos, amigos, en el caso de que se tomara la decisión de no cuidar.

Aprobación social: Por prestar cuidados.

Abandono familiar: El cuidador reconoce que la persona dependiente carece de otras personas que lo ayuden.

Además, la experiencia de cuidado estará influenciada por el tipo de relación que se mantenía antes de que la persona dependiente necesitara ayuda de otros. Los cuidadores que antes mantenían una relación cercana e íntima, son quienes suelen tener motivación altruista, lo cual indica que buscan el bienestar de la otra persona y ayudarlas a sentirse mejor (Quintanar, Flores, García & Sánchez, 2011). Si por el contrario, antes de la demanda de cuidados, se mantenía una relación hostil o lejana, los motivos para cuidar serán otros (abandono familiar, aprobación

social, culpa) e influenciarán negativamente la relación cuidador-cuidado si no se trabajan las emociones negativas que puedan surgir de ello.

c. Socio-culturales

Una vez expuesta la importancia de la existencia de las figuras cuidadoras, es preciso mencionar, que esta ha sido una labor pasada a un segundo plano; en su gran mayoría, al espacio de lo privado, de lo doméstico y femenino.

“Pese a la gran importancia de su papel dentro de la sociedad, el cuidado de adultos mayores es uno de los trabajos más devaluados en la esfera social; el cuidado de personas dependientes se ha ubicado por tradición en los espacios privados, se ha hecho invisible y no siempre se remunera porque no se considera una labor productiva. Incluso, se sugiere que la remuneración de este trabajo es principalmente voluntaria y es mal visto cuando el cuidador demanda un aumento salarial” (González-Méndez, 2014, p.16).

De esta forma, incluso hasta en nuestros días se concibe el trabajo de cuidado como algo innato y natural de las mujeres. Antes era invisible a los asuntos públicos y sociales, en la medida en que no era considerado trabajo, entre otras cosas porque no era remunerado, y viceversa. Las ciencias sociales no incluían esta categoría dentro de la conceptualización del trabajo. A partir de este legado histórico, y en consecuencia hasta la actualidad, las labores de cuidado son poco valoradas. Se cree que la labor del cuidador no requiere de cualificación y se asocia con niveles intelectuales bajos y con trabajadores de bajas clases sociales, o de determinadas razas y etnias, en gran parte porque el trabajo con adultos mayores implica muchas veces el contacto con el cuerpo y la intimidad de estos y la realización de actividades que se consideran sucias, menos nobles que otras y que una mujer normalmente no aceptaría realizar (Arango, 2010 en González-Méndez 2014).

Se piensa que el cuidado, sobretodo en el ámbito familiar, suele ser un acto voluntario estrechamente relacionado con el afecto y que genera nexos emocionales profundos, pero asumiendo que el amor es un intangible, no puede

ser contabilizado en términos económicos, es impagable e, incluso, no se debe pagar para que sea auténtico.

Es claro que un gran reto para el cuidador informal está compuesto por las normas culturales que lo rigen, dentro de las cuales también se encuentra la obligación filial que interviene en los hijos como los responsables de los padres cuando estos dejan de ser autónomos, además de ser también una expectativa de los que necesitan cuidados, quienes prefieren y esperan recibir los cuidados por parte de sus hijos u otro familiar y no de otras personas poco dignas de su confianza. Este rol del cuidador además está ligado al género femenino, lo cual tiene sus raíces dentro de la cultura mexicana donde el modelo tradicional del “hombre proveedor, mujer cuidadora” constituye la base del cuidado de los hijos y de la familia. Es por ello que gran parte de los casos el cuidado de los adultos mayores recae en la solidaridad proporcionada principalmente por esposas, hermanas, hijas, nietas, vecinas, etcétera, como ya hemos mencionado anteriormente (Robles-Silva, s.f. en INAPAM, 2010).

Esta forma de visualizar el trabajo del cuidador informal, también genera que se le considere una víctima, alguien que hace algo que debe hacer sin recibir nada a cambio, un individuo que no tiene otra opción.

Ante estas circunstancias surgen dificultades psico-sociales como lo son la necesidad de discutir los sentimientos con amigos, familiares, otros cuidadores o personas que hayan vivido una experiencia similar; recibir ayuda de profesionales, organizaciones dentro de la comunidad, solicitar información completa y especializada sobre el estado del paciente (Moreno, Arango-Lasprilla y Rogers, 2010). Los profesionales de la salud deben contar con la formación acorde a esa situación que les permita atender con efectividad tanto al paciente como al cuidador para que esto influya de manera positiva en su bienestar (Salas, 2006).

Dentro de esta categoría también destacan los aspectos económicos del acto de cuidar. El nivel cultural y el estatus socioeconómico afecta principalmente a cómo los cuidadores manejan la situación de cuidado. Las personas difieren en creencias sobre la importancia del cuidado de los adultos mayores. Para algunos,

el cuidado en el hogar proporcionado por un familiar es una de las prioridades más importantes, mientras que otros grupos consideran más importante el cuidado profesional brindado por instituciones especializadas o por una persona contratada para acudir al domicilio.

El estatus socioeconómico o la clase social, tiene una compleja relación con el proceso de cuidado. Se considera generalmente que un nivel bajo de estatus socioeconómico o clase social, genera un menor número de recursos disponibles y una mayor carga, así como un menor acceso a información y a recursos públicos (Yanguas, Leturia & Leturia, 2000).

Dentro de esta clasificación de retos también se encuentran los posibles conflictos emergentes en el contexto familiar, conflictos que pueden surgir principalmente respecto a la definición de la enfermedad y de cómo proveer cuidado, las opiniones sobre cómo y cuántos miembros de la familia deben de cuidar a la persona dependiente y el cómo apoyar al cuidador principal.

Dado que los retos socio-culturales están íntimamente relacionados con los psicológicos, resulta lógico que una carga excesiva de trabajo aunada a los frecuentes problemas familiares puede traer graves consecuencias para el cuidador a nivel emocional. Estos conflictos pueden manifestarse en muy diferentes formas, por ejemplo: crisis en los momentos de tomar decisiones importantes, como realizar o no tratamientos médicos, la continuidad del cuidado después de un período de hospitalización, traslados de la persona dependiente entre diversos domicilios, el aporte económico requerido, etcétera.

Otro de los mencionados retos para el cuidador que el cuidado de una persona mayor dependiente puede provocar, es la reducción en su tiempo libre y en sus actividades sociales. Montgomery (1996 en Lorenzo-Otero, Maseda-Rodríguez & Millán-Calenti, 2008), apoya la idea de que los cuidadores con restricciones en actividades sociales y tiempo libre, necesitan más tiempo para dar respuesta a esas demandas que los que dicen no tener restricciones en su tiempo libre ni en sus actividades sociales.

Usualmente, los cuidadores que perciben su situación de cuidado como muy demandante, pueden limitar sus actividades sociales y perder así posibilidades de encontrar apoyo social. El apoyo a cuidadores además de producir emociones positivas, se ha asociado a la provisión de ayuda, lo cual contribuirá a aligerar la carga objetiva y subjetiva que resulta del cuidado. Una menor sensación de carga ayudará, asimismo, a salvaguardar la resiliencia del cuidador (Fernández-Lansac & Crespo, 2011).

En la actualidad la función del cuidador no es suficientemente valorado ni por la sociedad, ni por la familia, motivo por el cual los apoyos que recibe son insuficientes, incluyendo a las instituciones de salud (De la Cuesta, 2009; en Velásquez, López, López, Cataño & Muñoz, 2011). Por lo tanto se considera necesario sensibilizar a la sociedad para que valore y reconozca a los cuidadores y les brinde espacios de formación integral que les permitan realizar sus actividades con mayor conocimiento y facilidad.

Los obstáculos antes mencionados para el cuidador, no sólo tienen influencia sobre ellos, sino también sobre el adulto mayor, quien al igual que cualquier persona requiere la interacción con otros, por lo que es importante facilitarle la interacción social, la cual no es fácil alcanzar y mantener en el mundo moderno, globalizado en el que como ya mencionamos, no hay espacio para las personas de edad avanzada y la principal prueba es que se les minimiza o se les ignora. Sin embargo, el cuidador tiene la posibilidad de tomar decisiones que posibiliten la socialización y la interacción con ambientes saludables. Como se ha mencionado, los actos simples y cotidianos son los que generan actitudes importantes ante diferentes condiciones. Que el cuidador mantenga conversaciones sobre una gran variedad de temas actuales con su paciente, lo anime y lo acompañe a realizar actividades grupales deportivas, ocupacionales, recreativas o de entretenimiento, propicie visitas de amigos y conocidos y lo impulse a salir hacer visitas, suelen repercutir positivamente en el estado del adulto mayor y favorecer su relación con el cuidador. Asimismo se facilita la construcción de nuevas relaciones con otros y con ello, la creación y el

mantenimiento de redes sociales importantes para el bienestar psicológico adulto mayor.

d. Ambientales

Al mencionar los retos ambientales, se hace referencia a todo aquello que conforma un espacio físico adecuado para el paciente y su cuidador. Incluye todos los factores relacionados con la salud, sobre los cuales los cuidadores pueden tener un relativo control. Estos factores determinan el ajuste que las personas desarrollan para adaptarse al medio y están estrechamente relacionados con los estilos de vida y acciones de autocuidado (Nuñez-Rojas, Tobón, Arias-Henao, Hidalgo-Rasmussen, Santoyo-Téllez, Hidalgo-San Martín & Rasmussen-Cruz, 2010).

Existen evidencias científicas de que el diseño ambiental, repercute en gran medida en el estado emocional y en la salud de las personas (Landázuri & Mercado, 2004; Vargas-Marcos, 2005; Ortega-Andeane, Irepan-Aguilar, Cantú-De León & Estrada-Rodríguez, 2010; Calvillo-Cortés, 2010).

En el caso de la tercera edad generalmente no se considera al espacio físico como un elemento importante para su calidad de vida, por el contrario se asignan lugares pequeños, descuidados e improvisados.

La adaptación de un cuidador al lugar donde va a desempeñar sus funciones es indispensable, ya que no solo permite una libertad o restricción física para sus actividades cotidianas, sino que tal y como defiende Martínez (2009), el bienestar psicológico y la calidad ambiental de un espacio físico están muy relacionados, esto es en la medida que un recurso ambiental físico favorece o dificulta la satisfacción de necesidades de la persona. Por ello es preciso que la residencia, el vecindario y la casa, escenarios donde se desarrolla la vida cotidiana, se conviertan en lugares donde la persona mayor y su cuidador se sientan cómodos.

Las necesidades no satisfechas causan tensión, inconformidad e insatisfacción. Cedrés-De Bello (2000), sostiene que condiciones ambientales tales como temperaturas extremas, aire contaminado, ruidos molestos o mala iluminación, que estén fuera de los límites aceptables, pueden hacer el trabajo del cuidador intolerable, incluyendo que ciertos aspectos peligrosos en el ambiente físico pueden ser detectados sólo hasta que causan serios accidentes, como el caerse en un piso resbaladizo, o en un escalón imperceptible.

Por tanto un ambiente físico satisfactorio es indispensable para el cuidador porque facilitará las actividades que cotidianamente que debe realizar como: la movilización, el traslado y el aseo personal del adulto mayor, quien podrá vivir de manera digna.

Por lo antes expuesto las habitaciones destinadas al cuidado de los adultos mayores, deben reunir una serie de requisitos ambientales que repercuten tanto en el estado de salud como en el emocional, los cuales que pueden verse afectados negativamente por un ambiente físico deficiente.

El medio que rodea al adulto mayor, el mobiliario y la decoración tienen una notable influencia sobre su estado de salud y su calidad de vida. En lo que se refiere a los pacientes y adultos mayores, a través del diseño se pueden estimular o inhibir ciertos comportamientos y emociones.

Aunque existe poca información publicada y detallada al respecto, algunas de las características del ambiente que deben ser consideradas al momento del diseño para adaptarlas a las necesidades de los usuarios. La limpieza y la seguridad son las dos condiciones que mayor importancia tienen en los espacios de salubridad.

Pérez (2013), realizó una clasificación de los factores ambientales que repercuten directamente y en mayor medida sobre el bienestar y la comodidad de los pacientes:

Las *condiciones atmosféricas* hacen referencia a la temperatura, la humedad, el movimiento del aire, ventilación y la pureza del aire. Se recomienda que la temperatura ambiente oscile entre los 20-23°C. Debido a que las personas reaccionan de manera diferente a las condiciones atmosféricas, por lo que se ha establecido una temperatura que puede considerarse ideal para todas ellas. Temperaturas inferiores a las mencionadas pueden hacer que el paciente sienta frío y temperaturas superiores a las establecidas hacen que se sienta incómodo por el efecto del calor.

El acondicionamiento del aire consiste en hacer que la ventilación tenga unas características casi iguales a las del aire libre. La ventilación se realiza, normalmente, abriendo las ventanas y la puerta durante cortos espacios de tiempo y de forma alternativa. Para renovar el aire de una habitación es suficiente con que se abra la ventana durante 10 o 15 minutos. Siempre que sea posible, se lleva a cabo durante los procedimientos de cambio de ropa de cama y limpieza de la habitación. El cuidador debe evitar que se originen corrientes de aire, para lo cual se recomienda el uso de biombos que eviten que el aire le llegue de forma directa.

Las *condiciones de iluminación* repercuten de manera directa en el bienestar del paciente y por lo tanto en su proceso de recuperación. La iluminación en los centros sanitarios puede ser de dos tipos: natural y artificial. La natural es producida por los rayos solares; por sus propiedades curativas, desinfectantes, térmicas, etc., es la más recomendada para el cuidado. Además, la luz solar aporta a las habitaciones iluminación natural, que va a influir en el estado de ánimo de los pacientes. La luz artificial (iluminación eléctrica) está diseñada de forma que pueda ser utilizada según las necesidades.

Respecto a los colores de las habitaciones, se recomienda que las paredes se pinten de colores claros y sin brillo, para que no absorban la luz ni produzcan reflejos molestos para la persona.

Sobre las *condiciones de insonorización* se ha demostrado que el ruido ambiental, tiende a producir fatiga física y trastornos nerviosos o emocionales. El ruido que se genera en el entorno del hogar puede provenir del exterior o del

interior. Los del interior son fácilmente controlables, pero los exteriores resultan inevitables. Algunas entidades sanitarias tienden a colocar sistemas de aislamiento en las ventanas, que tienen como objetivo mitigar los efectos negativos derivados del ruido y de las vibraciones, ya que todos estos factores pueden influir en el estado emocional del adulto mayor. Sin embargo es muy difícil controlarlos en el hogar, por lo cual se recomienda poner música agradable y relajante para el adulto mayor.

Otro tipo de características ambientales que debe cuidarse, como lo explica la revista *Consumer* (Fundación Eroski, 2005), son los pisos que deben ser lisos, antideslizantes, sin elementos que sobresalgan (como ocurre a veces en el acceso a terrazas y balcones), hay que evitar las alfombras, si hay peldaños, deben estar señalizados y tener elementos que ayuden a franquearlos; los suelos de madera son más seguros tratados con ceras antideslizantes. El mobiliario debe ser acomodado de modo que se prevengan accidentes. Puede funcionar poner a un lado los muebles u objetos que dificultan el paso, evitar que objetos como cables, juguetes, etcétera, estén en lugares de paso, en la medida de lo posible, los bordes de los muebles deben ser redondeados, si es necesaria una silla de ruedas, hay que prever que pueda desplazarse por toda la vivienda, los dispositivos eléctricos para subir y bajar persianas son más cómodos y seguros, las puertas deben ser anchas, de al menos 80 centímetros.

Otras recomendación de la revista es que dentro del cuarto de baño, se coloquen plásticos o alfombrillas, para no resbalar en la bañera o en la ducha; es más factible una ducha que una bañera, que tenga barras asideras de apoyo, de un color que contraste con el de la superficie de la pared y de plástico, ya que son menos resbaladizas. Hay que elegir cuidadosamente su ubicación y fijarlos bien en la pared. Un grifo de doble vía, monomando y preferiblemente de palanca, garantizará su mejor manejo y la taza del retrete debe estar suficientemente alta (a 45 o 50 centímetros del piso).

Otro aspecto importante recomendable es considerar el contacto con la naturaleza en la medida de lo posible ya que se ha comprobado que el bienestar

emocional también se asocia a las actitudes ambientales y al comportamiento ecológico (Amérigo, García & Sánchez, 2013). Los beneficios que el contacto con la naturaleza tiene sobre el bienestar de las personas es un hecho que se ha constatado a través de un número creciente de investigaciones (Herzog & Strevey, 2008; Ryan, Weinstein, Bernstein, Brown, Mistretta & Gagné, 2010).

3. Programas para el cuidado del cuidador.

Dada la vulnerabilidad de la población cuidadora, han surgido varios programas de apoyo a esta población, mayormente en Europa. Recientemente en América Latina y nuestro país también comenzaron a tomarse medidas para hacer frente a la situación de los cuidadores.

Los autores españoles Torres, Ballesteros y Sánchez (2008), mencionan que dentro de su país los programas se han realizado de manera psicoeducativa y educativa, localizándose las primeras intervenciones en apoyo a los cuidadores en 1996, cuando Conde publicó los contenidos de un proyecto de intervención de grupos de apoyo dirigido a cuidadores de personas mayores, con el objetivo de disminuir el nivel de estrés de los cuidadores. Para ello propuso sesiones semanales de una hora de duración donde combinaba la información y técnicas de apoyo emocional a los cuidadores.

En esa década se encuentran publicaciones de autores como Toribio (1997 en Torres, Ballesteros & Sánchez, 2008), que compartió un proyecto de intervención de un grupo de cuidadores familiares, liderado por enfermeras pertenecientes a un centro de salud, donde el programa se centraba en desarrollar habilidades para satisfacer las diferentes necesidades de los parientes dependientes, además de la aplicación de técnicas para el manejo del estrés.

En el mismo año se propusieron dos programas meramente educativos: el de Píriz (1997, en Torres, Ballesteros & Sánchez, 2008), dirigido a cuidadores de familiares con Alzheimer, compuesto por sesiones individuales para los

cuidadores, orientadas a aspectos relacionados del cuidado del familiar, adaptaciones y riesgos del hogar. El programa de Márquez (1997 en Torres, Ballesteros & Sánchez, 2008), por su parte, tuvo el objetivo de abordar el desarrollo de conocimiento, habilidades y actitudes del cuidador familiar, orientados a los cuidados y necesidades básicas del familiar dependiente.

Para 1998, López (en Torres, Ballesteros & Sánchez, 2008) desarrolló un programa no solo para el cuidador familiar sino también para un grupo de voluntariado social. Las sesiones se desarrollaron en una residencia asistida. Entre algunos de los contenidos del programa figura el asesoramiento y refuerzo motivacional del cuidador.

A finales del siglo XX, López (1999 en Torres, Ballesteros & Sánchez, 2008) describió un proyecto de investigación destinado a cuidadores de familiares con demencias. Las sesiones grupales de cuidadores eran realizadas en un centro de salud y lideradas por trabajadores sociales. En estas se combinaba la información de recursos para el cuidado con talleres para el desarrollo de habilidades de afrontamiento.

Martín (1999 en Torres, Ballesteros & Sánchez, 2008), desarrolló un estudio cuasi-experimental incorporando un análisis cualitativo de las sesiones grupales, los cuidadores familiares participantes acudieron al centro de salud durante 12 sesiones grupales con una periodicidad quincenal. El equipo de terapeutas era multidisciplinar y se abordaban aspectos tanto formativos como el desarrollo de actitudes y habilidades, orientando las sesiones a la resolución de problemas.

Castellanos publicó en el 2000 (en Torres, Ballesteros & Sánchez, 2008) los contenidos de un programa de intervención para cuidadores de familiares con enfermedades crónicas, con el objetivo de disminuir el nivel de estrés de los cuidadores. Las sesiones grupales se planearon en una institución sanitaria durante una hora de duración, con participación de un equipo de terapeutas multidisciplinar.

Un año después, Escós (2001 en Torres, Ballesteros & Sánchez, 2008) llevó a cabo un estudio cuasi-experimental que tenía como objetivo mejorar la formación de los cuidadores. Este programa se componía de 18 sesiones grupales dirigidas a cuidadores familiares de pacientes encamados y semi-encamados de un área básica de salud. Las sesiones grupales se desarrollaban en el centro de salud durante hora y media, en donde se combinaban aspectos de educación sanitaria y técnicas para el manejo del estrés.

Vinyoles (2001 en Torres, Ballesteros & Sánchez, 2008) por su parte, propone un proyecto de ensayo clínico para evaluar la eficacia de un programa de intervención para disminuir la ansiedad y depresión en cuidadores de familiares con Alzheimer. El programa del proyecto proponía la combinación de sesiones individuales y grupales con los cuidadores durante un periodo de cuatro meses, conducidas por profesionales de atención primaria de salud.

Para el mismo año, Mouronte (2001 en Torres, Ballesteros & Sánchez, 2008) relató los contenidos de un programa de intervención dirigido a cuidadores de familiares con Alzheimer, desde una institución hospitalaria. Este programa se compuso de un total de cinco sesiones repartidas durante unos cuatro meses de duración. Los contenidos son diversos, desde el manejo de los trastornos de comportamiento de los pacientes dependientes, modos de afrontar signos de sobrecarga en el cuidador, hasta la información sobre recursos socio-sanitarios.

Ya en 2003, Biurrun (en Torres, Ballesteros & Sánchez, 2008) publicó un proyecto de intervención en grupo para cuidadores de familiares con Alzheimer, este programa combinaba sesiones informativas acerca de la enfermedad, su evolución, recursos para el cuidado, aprendizaje de habilidades de cuidado, además de desarrollar grupos de apoyo en los cuales se proporcionaba un marco estable de apoyo emocional y social.

Por el mismo año Fernández (2003, en Torres, Ballesteros & Sánchez, 2008), desarrolló un estudio de grupos dirigido a ayudar al cuidador familiar de personas ancianas con Alzheimer. Consistió en la emisión de microespacios

televisivos donde se les ofrece información y formación, que son recibidos en el propio domicilio. Entre algunos de los contenidos del espacio televisivo, figura información sobre la enfermedad, autocuidado del cuidador y adaptaciones de la vivienda.

Finalmente, Losada (2004 en Torres, Ballesteros & Sánchez, 2008) realizó un programa de intervención de dos meses de duración con encuentros grupales compuesto por cuidadores de familiares con demencia. Los cuidadores recibieron una intervención cognitivo-conductual dirigida a la modificación de pensamientos disfuncionales, con un programa basado en la estrategia de solución de problemas.

Como se puede analizar en esta recopilación realizada de intervenciones españolas, los estudios realizados tienen la característica de ser la mayoría enfocados a cuidadores de personas con demencias y/o Alzheimer, algunas contenían sesiones individuales y muy pocas eran realizadas con apoyo e integración de un equipo multidisciplinario.

Por otro lado Sapag, Lange, Campos y Piette (2010), propusieron una recopilación sobre las estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado dentro de América Latina. En esta destacan los países de Colombia y Paraguay; el primer país se destaca por el programa Cuidando a los cuidadores, dirigido a los cuidadores principales de pacientes con enfermedades crónicas que contactan a los servicios de salud (ya sea directamente o por remisión de profesionales, asociaciones u otros servicios) para favorecer su experiencia, reconocer sus potencialidades y limitaciones, e identificar las ganancias que genera ser cuidador logrando un mayor empoderamiento de ese papel.

En Paraguay sobresale el trabajo de equipos multidisciplinarios para apoyar a las personas mayores en el cuidado de las enfermedades crónicas y sus complicaciones en los hogares y centros de atención de día. Estas estrategias reflejan la importancia de la colaboración entre varias disciplinas, y del contar con un apoyo institucional que los respalde en su labor de cuidar.

Otro estudio reciente de Bogotá es el realizado por Velásquez, López, López, Castaño y Muñoz (2011), quienes propusieron un programa educativo con enfoque cultural dividido en seis sesiones (sensibilización, información culturalmente adaptada, toma de decisiones, compromisos de acción y cierre). El programa fue empleado por una enfermera experta en geronto-geriatria y enfermería transcultural con el objetivo de determinar el efecto de este programa para cuidadores de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en un sector del país. Se evaluaron las variables: auto-percepción de salud, funcionalidad familiar, carga del cuidador y depresión. Las sesiones de esta intervención eran encaminadas al auto-reconocimiento, la auto-reflexión y el compromiso desde los propios intereses y motivaciones. Se concluyó que los efectos del programa educativo con una perspectiva cultural, son una parte ante la necesidad de construir mayor evidencia frente a los efectos de las acciones que promueven los diversos profesionales con el grupo de cuidadores familiares.

En nuestro país también se han tomado medidas a nivel institucional para cuidadores. Entre las instituciones interesadas se encuentra el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), que en 2002 sugirió promover el auto-cuidado y la capacitación para la atención integral informal de cuidadores, familiares, amistades y voluntarios. Con esta finalidad, menciona es necesario la integración de un equipo múlti e interdisciplinario, donde se incluyen profesionales como: Personal médico, Trabajador social, Psicólogo(a), Enfermero, Gericultista, Técnicos en rehabilitación y Voluntariado (incluyendo a la familia).

En 2005, el DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) creó el Programa Nacional Gerontológico, estableciendo un apartado para la Escuela para Hijos con la finalidad de perfeccionar la conducta de autocuidado, al poseer información acerca de la forma de prevenir las diferentes patologías que se presentan conforme avanza la edad y modificando su actitud hacia los adultos mayores, lo que los sensibiliza para brindarles un mejor trato. Este programa fue dirigido a la comunidad en general, a la familia del adulto mayor, tanto

institucionalizado como de la comunidad, para fomentar el envejecimiento exitoso (INAPAM, 2010)

También existen investigaciones relevantes como la de Larios-Saldaña y Herrera-Herrera (2009), donde sugieren la implementación de un modelo andragógico con el objetivo de identificar el enfoque que debe contener la estrategia para cuidadores de enfermos de Alzheimer. Según estos autores dicho modelo permite diseñar y guiar procesos docentes y orientarlos hacia un participante determinado, remitiéndose a las características de aprendizaje, no a las metas ni a los objetivos. De esta manera se orientan de manera particular hacia conocimientos, habilidades e información que forme e instruya al cuidador sobre su capacidad para hacer frente al cuidado de un enfermo.

Martínez, Peláez, Pablo, Castillo, Orea y Domínguez (2012), evaluaron la eficacia de un programa psicológico, dirigido al Cuidador Primario Informal para disminuir la sobrecarga e incrementar el nivel de autoeficacia percibida, en comparación con un grupo control. Dicho programa de intervención constó de cuatro sesiones con una duración de 120 minutos cada una, diferidas semanalmente, durante las cuales se aplicaron las técnicas de: Psicoeducación, relajación muscular progresiva, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en asertividad y control conductual.

Gómez-Barrera y Ruiz-Martínez (2014), realizaron un programa psicológico para disminuir la sobrecarga y las repercusiones psicológicas y sociales de cuidadores; aplicaron un estudio pre-experimental dentro de un programa de apoyo psicológico para cuidadores primarios, evaluándolo por medio del diseño pre-post prueba, aplicando la escala de Zarit, el Cuestionario de Percepción de estrés y el Cuestionario General de Salud, para evaluar los efectos del programa compuesto por nueve sesiones.

Por su parte, Sapag, Lange, Campos y Piette (2010), refieren que en nuestro país las estrategias innovadoras dirigidas a mejorar el cuidado y el autocuidado de los pacientes con enfermedades crónicas se enfocan al desarrollo

de aplicaciones basadas en el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones, por ejemplo, el empleo de mensajes de texto, respuestas de voz interactivas e Internet para promover el cuidado y el autocuidado de los pacientes diabéticos.

Por otro lado se encuentra el Proyecto VIDA: iniciativa piloto realizada en las ciudades de Veracruz y Xalapa, México, dirigido a lograr la integración de los servicios, el trabajo colaborativo multidisciplinario, así como el entrenamiento, la educación y la participación de los pacientes a fin de mejorar el cuidado y el autocuidado de pacientes diabéticos (Sapag, Lange, Campos & Piette, 2010).

Como lo afirman Cerquera y Pabón (2014), los programas que se han utilizado con más frecuencia han sido de respiro, autoayuda, psicoeducativos y psicoterapéuticos, aunque la literatura reporta diferentes formas de intervención, como autoayuda, la intervención individual y familiar, intervenciones usando el apoyo telefónico, psicoeducativas (en su mayoría realizadas por el área de enfermería), psicosociales con técnicas de relajación, basadas en la actividad física y desde el área de terapia ocupacional.

II. MARCO METODOLÓGICO

A. Punto de partida: Psicología Social, Investigación-acción y Grupo Operativo.

Este trabajo se realizó desde el enfoque de la psicología social aplicada ya que ésta se encarga de brindar posibilidades para analizar y atender las demandas sociales de la población de tal forma que se puedan diseñar e implementar intervenciones para resolver las problemáticas actuales.

Dicha perspectiva tiene sus primeros comienzos como disciplina principalmente con dos acontecimientos: El primero en 1897, cuando Norman Triplett, considerado el primer psicólogo experimental en el campo social, realizó un estudio para comparar la ejecución de los participantes cuando estaban solos y cuando estaban en contexto grupal, evaluando los efectos de la competencia sobre la ejecución. El segundo, fue en 1908, con la publicación de dos textos sobre psicología social, uno fue escrito por Edward Ross en Norteamérica y el otro por el psicólogo Inglés William Mc Dougall. Este último argumentó que el comportamiento social es producido por los instintos, además de mostrar que dicha conducta puede ser estudiada de una manera metódica y sistemática (Duran & Lara, 2001).

Sin embargo fue hasta 1920, que dicho enfoque psicológico tomó mayor fuerza, dando lugar al estudio de diversos procesos como los son las actitudes, los estereotipos, la persuasión, el prejuicio y la cognición social, relaciones interpersonales, el altruismo, la identidad y demás que se fueron integrando en la disciplina de manera paulatina (Morales & Moya, 2000). El florecimiento de dichos trabajos duró cerca de una década. En 1924, fue publicado por Floyd Allport, el libro titulado "Psicología Social", sobresaliente en este campo ya que en él se escribió acerca de la comprensión de las emociones y sobre las consecuencias de una audiencia en el desempeño de los individuos (Duran & Lara, 2001).

En 1921, Sigmund Freud compartió su pensar acerca de la diferencia entre psicología individual y social:

"La oposición entre psicología individual y psicología social o colectiva, que a primera vista puede parecernos muy profunda, pierde gran parte de su significación en cuanto la sometemos a un más detenido examen. La psicología individual se concreta, ciertamente, al hombre aislado e investiga los caminos por los que el mismo intenta alcanzar la satisfacción de sus instintos, pero sólo muy pocas veces y bajo determinadas condiciones excepcionales, le es dado prescindir de las relaciones del individuo con sus semejantes. En la vida anímica individual, aparece integrado siempre, efectivamente, 'el otro' como modelo, objeto, auxiliar o adversario y de este modo la psicología individual es al mismo tiempo y desde el principio psicología social, en un sentido amplio, pero plenamente justificado" (p. 68).

Además de considerar la psicología como social, Freud estableció su definición de masa:

"La masa psicológica es un ente provisional que consta de elementos heterogéneos, estos se han unido entre sí durante un cierto lapso, tal como las células del organismo forman, mediante su unión un nuevo ser que muestra propiedades muy diferentes que sus células aisladas" (Freud, 1921, p. 68).

Todos los individuos que componen la masa se asemejan gracias a los elementos inconscientes y los lazos afectivos que se dan en ella. Este lazo social es efecto de la libido, de esta manera el punto central de la organización social se encuentra en el deseo, por lo cual lo cultural es entonces del orden natural y nos convierte en creadores y creaturas (Aguado, 2012).

Así desde la concepción psicoanalítica, el hombre se constituye sujeto por las vicisitudes del deseo del otro, por el deseo de ser su deseo y se descubre la dimensión de lo inconsciente (Jacobo, 2012).

Es entonces que podríamos entender que la primera aproximación del psicoanálisis es desde una psicología de las masas, donde se habla acerca de un sujeto que es “miembro de un linaje, un pueblo, de una casta, una institución, o como integrante de una multitud organizada en masa con un determinado fin” (Freud, 1921, p.121).

De esta forma, el concepto de *grupo* cobra gran importancia. Desde esta noción psicoanalítica, se concibe como un precipitado creador de significaciones (sociales y deseantes) que sirven de referencia a la configuración de la subjetividad, colectiva e individual, entendida como magma imaginario-simbólico del campo inconsciente (Jacobo, 2012).

Dentro de este contexto Elton Mayo realizó los primeros estudios referentes al grupo en su práctica social empresarial, ahí descubrió la relación positiva entre los trabajadores, la empresa y las normas de esta mejoran la productividad.

Bion, derivado de su trabajo de readaptación a la vida civil, de los veteranos y pensionistas de guerra, formula una teoría tentativa para explicar los fenómenos de un grupo debido al poco éxito en las intervenciones individuales, es así como ve la oportunidad y demanda de una intervención psiquiátrica de forma grupal.

En Francia, René Kaes aborda la noción de grupo, entendiéndola como totalidad, a través de su trabajo heurístico y epistemológico observa las condiciones por las cuales el sujeto del inconsciente, se agrupa y como se articula, lo singular con lo institucional. Por su lado Didier Anzieu presenta los conceptos de sueño e ilusión grupal; Ángel Bejarano, realiza su trabajo sobre resistencia y transferencia; André Missenard y Pontalis desarrollan las identificaciones y grupo. En Austria, Melanie Klein propone una psicología social donde el individuo aislado es una abstracción que como tal no existe en la realidad (Jacobo, 2012).

Entre 1935 y 1936, Muzafer-Sherif comenzó una serie de estudios pioneros sobre normas sociales enfocados en la conformidad y la influencia social (Feldman, 1998 en Duran & Lara, 2001). Durante estos mismos años, Allport conceptualizó a la Psicología social como el “intento de comprender y explicar cómo el pensamiento, el sentimiento y la conducta de las personas individuales resultan influidos por la presencia real, imaginada o implícita de otras personas” (Morales & Moya, s.f., p. 24).

En el año de 1936 el psicólogo alemán Kurt Lewin, después de inmigrar a los Estados Unidos, desarrolló una teoría para explicar cómo el comportamiento social es el resultado de la interacción entre el medio ambiente y las características de los individuos (Duran & Lara, 2001). Dentro de dicha teoría aplicó las ideas de la Gestalt a la psicología social ya que, fundamenta la importancia que tiene para el individuo la percepción del medio ambiente social; a esto lo llamó el “campo psicológico de la persona”; desde este punto de vista, la conducta se ve afectada por las características del individuo (como su habilidad, su personalidad o sus disposiciones genéticas) y por la percepción que él o ella tienen del medio ambiente social (Taylor, Peplau & Sears, 1997 en Duran & Lara, 2001). Tal fue su influencia en la Psicología Social que llegó a tener varios discípulos entre ellos se encuentran Leon Festinger, Harold Kelley, Morton Deutsch, Stanley Schacter, John Thibaut, entre otros considerados como psicólogos sociales de renombre en las décadas de los 50 hasta los 70 (Baron & Byrne, 1998 en Duran & Lara, 2001).

Con su dicho “el todo es más que la suma de las partes”, Kurt Lewin representa que el grupo y su ambiente constituyen un campo social dinámico cuyos principales elementos son los subgrupos. Es así que si se modifica un elemento se puede modificar la estructura (Jacobo, 2012).

Dicho autor intentó establecer una investigación científica que integrara la parte experimental con la acción social y definió el trabajo de *investigación-acción*

como un proceso cíclico de exploración, actuación y valoración de resultados, en este contexto, el investigador es sujeto de la investigación, abordando un aspecto de la realidad (objeto de la investigación) para explicar el fenómeno estudiado (1946; en Gómez, 2010). De este modo, la investigación-acción es una forma de investigación con la cual se pueden lograr cambios teóricos y, simultáneamente, cambios sociales, dicha de otra manera esta metodología consiste en el análisis, recolección de información, conceptualización, planeación, ejecución y evaluación, pasos que luego se repiten.

Es así como la investigación-acción, es definida como una intervención a pequeña escala en el funcionamiento del mundo real y el examen minucioso de estas intervenciones. Su objetivo, según Álvarez-Gayou (2003), es resolver problemas cotidianos e inmediatos, buscando mejorar la calidad de vida de las personas.

Barrote y Aneiros (1992, en Álvarez-Gayou, 2003), la proponen como “una forma de indagación introspectiva colectiva emprendida por participantes en situaciones sociales con objeto de mejorar la racionalidad y la justicia de sus prácticas sociales o educativas, así como su comprensión de esas prácticas y de las situaciones en que éstas tienen lugar” (p. 31).

Dicha metodología tiene sus inicios según Suárez Pazos (2002 en Colmenares & Piñero, 2008), por el encargo de la administración norteamericana quien realizó estudios sobre modificación de los hábitos alimenticios de la población ante la escasez de determinados artículos, el propósito era resolver problemas prácticos y urgentes. Para ello, los investigadores debían asumir el papel de agentes de cambio, en conjunto con las personas hacia las cuales iban dirigidas las propuestas de intervención. Para esos momentos se vislumbraban ciertos rasgos característicos de la investigación acción, tales como el conocimiento, la intervención, la mejora y la colaboración.

A lo largo del tiempo la metodología investigación-acción desarrolló dos tendencias; la primera netamente sociológica desde los trabajos de Kurt Lewin (1946-1996) continuados por el antropólogo de Chicago Sol Tax (1958) y el sociólogo colombiano Fals Borda (1970); la segunda vertiente es más educativa impulsada por las ideas de Paulo Freire (1974) en Brasil, Stenhouse (1988) y Jhon Elliott (1981, 1990), así como por Carr y Stephen Kemmis (1988) de la Universidad de Deakin en Australia (Colmenares & Piñero 2008).

Para los autores, Latorre, Suárez-Pazos, Peter-Park, entre otros, se destacan tres modalidades bien definidas de esta metodología de investigación, descritas a continuación (en Colmenares & Piñero, 2008):

Modalidad técnica: Esta tiene la principal función de diseñar y aplicar un plan de intervención eficaz para la mejora de habilidades profesionales y resolución de problemas. En ella los agentes externos actuaban como expertos responsables de la investigación, ellos establecen las pautas que se deben seguir y esta se relaciona con los prácticos implicados por la elección de los participantes. Trata de resolver un problema práctico, por la incorporación de los participantes como co-investigadores.

Permite explorar interrelaciones hipotético-deductivas y puede tornarse hacia a la manipulación y control del mundo físico o social, por ello la dimensión epistemológica está representado por el sujeto separado de objeto de estudio, con la pretensión de lograr la neutralidad y la objetividad en la investigación. En esta modalidad destacan los estudios realizados por Lewin, Corey y otros.

Modalidad práctica: Busca desarrollar el pensamiento práctico, hace uso de la reflexión y el diálogo, transforma ideas y amplía la comprensión. Los agentes externos cumplen papel de asesores, consultores. En relación a la idea que subyace en esta modalidad, está representada por la interpretación, los significados de las acciones que el individuo hace sobre la realidad, existe una interrelación permanente con el otro; la epistemología se define por esa

interacción, esa relación de integración, de grupo, elimina por completo la separación del investigador y lo investigado. Los autores que se destacan son Latorre, los trabajos de Stenhousey de Elliott.

Modalidad crítica o emancipatoria: Reúne las finalidades de las otras modalidades, pero le añade la emancipación de los participantes a través de una transformación profunda de las organizaciones sociales, lucha por un contexto social más justo y democrático a través de la reflexión crítica. Incorpora la teoría crítica, se esfuerza por cambiar las formas de trabajar, hace mucho énfasis en la formación del profesorado, está muy comprometida con las transformaciones de las organizaciones y la práctica educativa.

En esta última modalidad la realidad es interpretada y transformada con miras a contribuir en la formación de individuos más críticos, más conscientes de sus propias realidades, posibilidades y alternativas, de su potencial creador e innovador, autorrealizados; por lo tanto epistemológicamente se puede señalar que existe una comunicación permanente entre los grupos de investigación, dónde no existen jerarquías, ni expertos, todos los miembros están en el mismo nivel, son responsables de las acciones y las transformaciones que se generen en el proceso investigativo. Sus principales representantes son Carr y Kemmis.

Estas tres modalidades corresponden con los tres tipos de intereses planteados y fundamentados por Habermas (1982, en Colmenares & Piñero, 2008), quien los distingue como: interés técnico, interés práctico e interés liberal. Este autor explica la connotación que le asigna a cada uno de ellos y su relación con los intereses de la ciencia.

Aquí se presentará la modalidad técnica ya que se creará y aplicará un plan de intervención para resolución de un problema, bajo el planteamiento de las tres etapas del cambio social de Kurl Lewin: descongelamiento, movimiento, recongelamiento (Vidal & Rivera, 2007).

Las partes del proceso son, según Vidal y Rivera (2007): 1) Insatisfacción con el actual estado de cosas; 2) Localización de un área problemática; 3) Identificación de un problema específico a ser resuelto mediante la acción; 4) Formulación de varias hipótesis; 5) Selección de una hipótesis; 6) Ejecución de la acción para comprobar la hipótesis; 7) Evaluación de los efectos de la acción y por último, 8) Generalizaciones.

Kemmis y McTaggart (1988, en Rodríguez, Herráiz, Prieto, Martínez, Picazo, Castro, Bernal & Murillo, 2011) describen las características de la investigación-acción son las siguientes: es participativa ya que las personas trabajan con la intención de mejorar sus propias prácticas; la investigación sigue una espiral introspectiva, de ciclos de planificación, acción, observación y reflexión, avanzando hacia problemas de más envergadura; la inician pequeños grupos de colaboradores, expandiéndose gradualmente a un número mayor de personas; es colaborativa, se realiza en grupo por las personas implicadas; da pie a crear comunidades autocríticas de personas que participan y colaboran en todas las fases del proceso de investigación; se caracteriza por ser sistemático de aprendizaje, orientado a la praxis; induce a teorizar sobre la práctica, somete a prueba las prácticas, las ideas y las suposiciones; implica registrar, recopilar, analizar nuestros propios juicios, reacciones e impresiones en torno a lo que ocurre; exige llevar un diario personal en el que se registran nuestras reflexiones; realiza análisis críticos de las situaciones; procede progresivamente a cambios más amplios.

Para llevar a cabo una metodología de esta naturaleza, Carr y Kemmis (1986 en Kemmer & Gow, 1992) creen que deben darse tres condiciones necesarias y suficientes, para realizar la investigación-acción: en primer lugar que sea un proyecto planteado como una práctica social, se considera una forma de acción estratégica susceptible de mejoramiento; en segundo que dicho planteamiento avance a través de una espiral o de ciclos de planteamiento,

acción, observación y reflexión, estando todas estas actividades puestas en funcionamiento de modo crítico e interrelacionado y por último que implique a los responsables de la practica en todos y en cada uno de los momentos de la actividad, ampliando gradualmente la participación en el mismo, para incluir a otros de los afectados por la práctica, mantener un control colaborativo del proceso.

Como se puede apreciar, la investigación-acción de Kurl Lewin tuvo varios seguidores y continuadores de la teoría, la cual debe cumplir ciertas características, condiciones y pasos a desarrollar. De esta manera se daría paso, a propiciar una investigación, realizar ajustes a esta y aplicarla siempre obteniendo resultados nuevos que favorecen un cambio en los sujetos, y en la aplicación del conocimiento, tratando siempre a realizar una investigación única.

La década de los años 50 es considerada como “la década del *grupo*”, debido a que las investigaciones tuvieron un gran respaldo gubernamental, estos estudios se enfocaron en el comportamiento grupal, para que fueran más productivos, buscaron métodos para mejorar la interacción entre los miembros de los grupos e investigaron cómo influyen los grupos en las actitudes de sus agremiados.

Ya en las décadas de los años 60's y 70's, el número de psicólogos sociales al igual que los temas estudiados aumentaron considerablemente, no obstante también empezaron a cuestionarse acerca del valor y la utilidad de esta disciplina entrando algunos psicólogos en una especie de crisis. Sin embargo, esto no detuvo la producción de conocimiento y en la década de los 70, concluyeron que la comprensión de los aspectos del comportamiento social, podría mejorar si se prestaba cuidado a los procesos cognoscitivos, como la atención, la memoria y el razonamiento, considerados primordiales para el pensamiento y comportamiento social. Además en estos años se dio comienzo a una psicología ambiental (Suriá, 2010).

También en los años 60 surgió una expansión de psicoanálisis superando fronteras y llegando hasta Latinoamérica, principalmente en Argentina, donde se fundó el "Grupo de los Domingos en Argentina", antecesor de la "Asociación Psicoanalista Argentina". El grupo fundador se conformó por Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichón Riviere, Ángel Garma, Celes Ernesto Cárcamo, Guillermo Ferrari Hardoy y Marie Langer.

En esta época destacaron los trabajos de Gringerberg Langer y Rodrigué sobre psicoanálisis de grupo, los de Moreno con el psicodrama y los de Pichón quien propone articular el marxismo con el psicoanálisis de Freud y comienza a estudiar al grupo como forma de intervención cíclica.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, Enrique Pichón Riviere (1985), analiza el *proceso grupal*, a través de los elementos presentes en su *diagrama del cono invertido* (figura 1). El inicio de ese nuevo dominio del conocimiento cuyo objeto a estudiar es el grupo, comenzó en el primer cuarto del siglo XX (Buzzaqui, 1998). Varios autores han tratado de ubicar los momentos en los cuales se realizaron aportaciones relevantes a las teorías de los grupos, entre ellos se encuentran las propuestas de Fernández y de Kaés que se describirán a continuación.

La primera noción que se mencionará de momentos epistémicos es propuesta por Fernández en "El campo grupal" (1989 en Buzzaqui, 1998), donde propone tres períodos en la historia de los grupos: el primero está representado en la concepción que afirma que "el todo es más que la suma de las partes" y Lewin será el principal exponente. El segundo por la búsqueda de "organizadores grupales" donde se realiza una búsqueda de conceptos que den cuenta de los procesos grupales. El tercero alude a la dimensión institucional de los grupos, a la necesidad de un abordaje interdisciplinar.

Por su parte Kaés en “El grupo y el sujeto del grupo” (1993, en Buzzaqui, 1998), defiende la existencia de tres momentos en la historia de la teoría psicoanalítica de los grupos de una manera geográfica y cronológica. En el primer momento encontramos a Viena, (1920), donde surge el descubrimiento freudiano plasmado en el texto “Psicología de las masas y análisis del yo” publicado en 1921; consecutivamente en Londres, 1940, donde la perspectiva abierta a partir de Bion y Foulkes, hacen su aparición y por último en París, 1960 refiriéndose a la escuela francesa, donde se incluye Anzieu, Missenard, Bejarano y él mismo.

Bajo estas circunstancias, Scherzer (1988 en UAMX, 1997), por su parte, realizó un estudio del vínculo, el análisis de la relación en los sujetos, sus intersubjetividades, sus mecanismos ideológicos, el sentido de la acción, el análisis de las formas de organización de los sujetos en los ámbitos grupal, familiar e institucional, y las relaciones entre estructura psíquica y social.

Enrique Pichón Riviere se distingue por proponer la teoría de la *operatividad grupal* que conlleva la creación de un espacio en el que se realiza un aprendizaje o re-aprendizaje social. Su teoría implica una praxis permanente del aprender a pensar en grupo y en relación a la vida cotidiana. Se trata de ir configurando un Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO). Esto abarca la estructuración de un determinado tipo de pensamiento, aprender a pensar desde un modelo conceptual que permita elaborar y abordar los procesos, ordenarlos e interpretarlos. El ECRO es entonces, un conjunto organizado de conceptos, que se refieren a una parte de la realidad que nos permite apropiarnos de ella como totalidad y particularmente del objeto de conocimiento. El autor considera tres elementos de la subjetividad que se dan en este ECRO: Sentir – Pensar – Actuar (Pichón-Riviere, 1985, en Salvo, 2007).

Pichón encontró que dentro del proceso grupal existen elementos constantes a los que llamó "vectores del cono invertido". El autor retoma el término vector para expresar cierto tipo de procesos de interacción grupal, de manera que,

se configura un esquema que permite hacer una lectura de la interacción grupal, evaluar la marcha de un grupo, y efectuar un diagnóstico sobre el tema. El cono invertido es un recurso visual para comprender mejor cómo se lleva a cabo el análisis sistemático de las situaciones grupales, entendiendo “por análisis” hacer explícito lo implícito (Pichón-Riviere, 1985, en Salvo, 2007).

Los elementos presentes en el cono invertido son: lo implícito -situaciones básicas o universales que están permanentemente actuando- y lo explícito - contenidos emergentes o manifiestos-, la afiliación -el primer momento del proceso grupal-, el telé -disposición del grupo en las actividades-, la pertenencia -ser y sentirse parte del grupo-, la pertinencia -realizar acciones para el logro de la tarea-, la comunicación -cuando el emisor y el receptor han creado códigos comunes o un ECRO para comprender un discurso, la cooperación y competencia -procesos complementarios para el logro de la tarea- y el aprendizaje -apropiarse de conocimientos para transformar la realidad- (Flores & García, 1996).



Figura 1. Esquema del cono invertido de Pichón-Riviere.

Además existen en el proceso grupal miedos y ansiedades. La ansiedad aparece cuando emergen los primeros indicios del cambio, y más concretamente, toda situación de aprendizaje, genera en los sujetos dos miedos básicos, dos ansiedades básicas: a) el miedo a la pérdida (miedo a la pérdida del equilibrio ya logrado en la situación anterior) y b) el miedo al ataque (miedo a la nueva situación en la que el sujeto no se siente adecuadamente instrumentado) (Pichón-Riviere, 1985, en Salvo 2007).

Es preciso tener presente que un grupo operativo, se entiende, como un conjunto de personas que desde el inicio se reúnen, con un conocimiento explícito del acuerdo de reunirse, en el tiempo y lugar determinado, por un lapso predeterminado para cada reunión y para el número total de reuniones, así como la periodicidad, acordando discutir un tema preciso. El dispositivo grupal, propicia un pensar, donde el sujeto participantes llega a *aprender*, planear, tomar decisiones, y propone un verdadero sentimiento de autonomía que promueve el arte de comprender (Rolla, 1964). El aprendizaje es un proceso de apropiación instrumental de la realidad, en el cual las conductas del sujeto se modifican a partir de sus propias experiencias. Al hablar de proceso estamos implicando al aprendizaje como una situación de cambio, que ocurre como resultado de una práctica y de la interacción con el otro (Salvo, 2007).

El elemento central que moviliza al grupo es la tarea, tan es así que Pichón afirma que no existe grupo sin tarea. Cualquier tipo de grupo tiene una tarea que le es propia (terapéutica, de aprendizaje, etcétera). Es la tarea la que instituye al grupo, en el sentido de que un conjunto de personas es considerado grupo porque hay una tarea que une a sus integrantes. Si varias personas se reúnen es porque quieren desarrollar determinada tarea. Es justamente la tarea la que permite el paso de un conjunto de personas a una estructura grupal; la tarea no solo instituye sino que constituye el grupo (Pichón-Riviere, 1985).

El coordinador, la tarea y la organización grupal son los tres vértices de un triángulo que representa la situación grupal. La función del coordinador no es

entrar en el grupo como líder o indicar a los integrantes lo que deben hacer. Él debería interpretar el vínculo entre grupo y tarea, es decir cómo el grupo trabaja con la tarea. La tarea del coordinador no es la tarea del grupo, su función no es dirigir al grupo sino observar la relación grupo-tarea. Al comienzo, el grupo insistirá de cualquier manera en hacer entrar al coordinador en la situación grupal para hacerlo su líder. Pero la función del coordinador será justamente la de no aceptar esta función que el grupo deposita en él.

El papel de la intervención del coordinador en el grupo operativo facilita la movilización de algún obstáculo, retroalimenta y hace puntualizaciones al grupo. Ya que cuando ocurre cualquiera de las anteriores, generalmente el grupo se estanca imposibilitando el paso a la tarea; en la pre-tarea es donde se logran configurar los vínculos, pero es allí donde se presenta un arma de doble filo debido a que los temores y ansiedades del grupo se pueden fortalecer y afianzar, lo que constituirá una barrera que imposibilita el paso a la tarea, y del mismo modo, puede constituir un cierre de la misma (Corrales, 2005).

Las intervenciones que el coordinador realice deben estar ligadas con el momento propicio del grupo con el coordinador. Cristóbal Ovidio (en Corrales, 2005) menciona que el coordinador tiene algunos momentos representativos, inicialmente ocupa el lugar de la espera; posteriormente, este representa la tarea grupal, de esta manera encuadra o re-encuadra, en caso de ser necesario, y se aclaran los roles del coordinador y del observador; una de sus funciones principales es movilizar por medio de una intervención los obstáculos, el coordinador está enmarcado dentro de la relación compromiso responsabilidad. Finalmente, el coordinador interviene para movilizar los obstáculos que se presenten en la realización de la tarea.

Como afirman Pavlovsky, Frydlewsky y Kesselman (1976), el coordinador debe entrenarse también para aprender a entrar y salir grupalmente de situaciones conflictivas denominadas “escenas temidas”, al tiempo que desea ayudar a sus

co- coordinadores a entrar y salir grupalmente de sus respectivos conflictos. Con este fin se propone un trabajo psicodramático y con técnicas para someter estas escenas, que se transforman en escenas resonantes. Esto es debido a que el conflicto de cada participante es protagonista y resuena en cada compañero del proceso grupal.

De esta forma cada participante puede volver a su escena temida para abrirlo a un nuevo repertorio de conductas y defensas alternativas hacia el mismo miedo, formando una escena final llamada escena resultante, que nace como resultado del tratamiento grupal de las escenas temidas.

Eduardo Pavlovsky, Luis Frydlewsky y Hernán Kesselman, en 1976 publicaron un artículo sobre “Las escenas temidas de un coordinador de grupos”, proponiendo un método de formación para coordinadores de grupo, donde hablan sobre el papel fundamental de los coordinadores, realizando la siguiente reflexión:

“Cada corriente de la Psicología Social psicoanalítica o no, tiene su método, el cual es ejercido por el coordinador, según su teoría y técnica, para provocar la entrada en regresión de los integrantes de un grupo con el objeto de movilizar estereotipos de conducta y también tiene sus recursos para provocar la salida de la regresión o progresión de dichos integrantes” (p.1).

Los autores proponen un entrenamiento haciendo uso de técnicas para la toma de conciencia de las situaciones conflictivas que cada uno debe sobrellevar en la práctica cotidiana y en su quehacer profesional que a su vez son encubridoras de escenas conflictivas que le hacen eco, al coordinador de grupos.

Partiendo de la teoría de la operatividad grupal de Pichón-Riviere que a su vez es producto de la concepción psicoanalítica de los grupos, Flores y García (1996), propusieron una nueva modalidad para el trabajo grupal denominada “taller”, el cual se define como “un espacio para pensar, sentir, analizar, construir...

un espacio para dejar ser, y en donde la creatividad tiene un lugar especial para enriquecer a la tarea y a los individuos” (p. 2).

La metodología que se sigue dentro de un taller está basada en la teoría de Pichón-Riviere; tendrá tres momentos: apertura, desarrollo y cierre, y al mismo tiempo, cada una de las sesiones estará conformada de la misma manera. El coordinador debe estar atento a las reacciones de los participantes, debe realizar preguntas ejes para que ellos puedan deconstruir y construir propiciando una reflexión y análisis de su realidad para que de esta manera se esclarezca la tarea. El coordinador pretende que cada uno de los miembros elabore sus ansiedades y obstáculos, tiene la función de co-pensar con el grupo (Flores & García, 1996).

Siguiendo cronológicamente, durante los años 80 se consolidó la Psicología social en dos campos de expansión: La psicología cognitiva y la aplicada. El primer campo hace énfasis de los factores como los pensamientos, creencias, actitudes y en general la comprensión del mundo y su influencia en el comportamiento social. De esta manera, consideran a la cognición como el aspecto básico del comportamiento social.

El segundo campo propone el incremento de la aplicación del conocimiento obtenido en situaciones de laboratorio, a escenarios fuera del laboratorio (Duran & Lara, 2001). De allí se asignó cierta importancia a la acción investigativa, que es concebida como un proceso cíclico de planeación, acción y evaluación, con continua retroalimentación de los resultados de la investigación a todas las partes involucradas, lo que facilita la observación y análisis de contextos particulares, y a su vez puede usarse para resolver problemas actuales propiciando generar nuevos conocimientos.

Con esta recopilación cronológica de acontecimientos, se observa que la teoría psicoanalítica desde diferentes puntos de análisis abarca por completo la realidad social, pues observa al sujeto en conflicto, en colectividad, participante y

coordinador de un grupo operativo. En cada una de estas dimensiones permite una aproximación y un análisis profundo.

Actualmente diferentes orientaciones psicológicas han formado parte de la investigación social. Suriá (2010), propone que las más sobresalientes son, la conductista, etogénica, psicoanalítica, cognitiva y sociobiológica, que se desglosan a continuación:

Orientación conductista: Dicha orientación está enfocada a que el hombre está determinado fundamentalmente por el medio y por las consecuencias inmediatas de placer o displacer del comportamiento, de esta manera se fundamenta el paradigma individuo-respuesta, y su relación funcional con una contingencia llámese refuerzo o castigo, según sea el caso, de esta manera surgen tres teorías predominantes: Teorías del refuerzo, teorías del aprendizaje social e imitación y teoría del intercambio social.

Orientación etogénica: Esta orientación se preocupa principalmente por formar esquemas conceptuales, dentro de los cuales se encuentra el rol o conducta asociada con una posición particular en un sistema social, para ello aplica a las conductas humanas, los datos obtenidos mediante la observación de las costumbres y comportamientos animales en su medio ambiente o en cautividad (alimentación, apareamiento, cuidado de las crías, defensa del territorio, caza).

Orientación cognitiva: Dentro de esta la Gestalt aplica sus principios y técnicas experimentales a la conducta social desde la psicología de los procesos cognitivos, del procesamiento de la información, suponiendo que la naturaleza humana tiende a desarrollar una concepción organizada y significativa de su mundo.

Orientación sociobiológica: Supone que el comportamiento social está determinado genéticamente, debido a ello pretende situar la conducta en un contexto más amplio de la situación concreta, momento social y cultural en el que se manifiesta. Además, plantea que nacemos con unas tendencias o predisposiciones, las cuales se desarrollan en interacción con las variables del medio. Así, la explicación evolucionista no sólo tiene en cuenta el *contexto inmediato* (la situación concreta), sino también el *contexto evolutivo* (experiencias por las generaciones de la especie), y el *contexto ontogénico* (prácticas acumuladas a lo largo de la vida del individuo). Por lo tanto, la conducta es producto de la interacción entre los mecanismos psicológicos evolucionados a lo largo de nuestra historia filogenética y las variables contextuales.

Orientación psicoanalítica: Es aquella que considera al hombre dentro del conflicto entre su naturaleza animal y la sociedad, esta última representada fundamentalmente por su familia, para ello hace uso de sus facultades racionales y sus capacidades adaptativas. Se basa en la teoría de las tres instancias psíquicas: *Ello*: conjunto de impulsos instintivos sin conciencia rectora; *yo*: organización coherente de todos los procesos psíquicos; *superyó*: representa las exigencias de la moralidad y de la sociedad.

Como se pudo esbozar en este apartado, la Psicología social ha seguido un largo proceso de consolidación hasta llegar a nuestros días, teniendo actualmente diferentes puntos de análisis para estudiar la realidad.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Hoy en día, la población de cuidadores se encuentra en una situación lo suficientemente idónea para recibir más atención por parte de nuestra sociedad, debido a varias razones. La primera de ellas es creciente número de personas mayores a nivel internacional y nacional (producto de la globalización), que requieren o requerirán algún tipo de cuidado.

Según la OMS (2016), entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del mundo mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo pasará de 605 millones a 2000 millones tan solo en el transcurso de medio siglo. La población mundial está envejeciendo aceleradamente, lo cual significa que se han logrado adelantos en la lucha contra las enfermedades, la mortalidad, el control de la fecundidad y se ha ampliado la esperanza de vida. *¿Este envejecimiento poblacional es entonces motivo de celebración? ¿Qué consecuencias traerá este fenómeno? ¿Cómo se verá afectada la calidad de vida? ¿Estarán en condiciones para ser independientes?*

A continuación una segunda razón: La misma Organización pronosticó que en los próximos 35 años la cantidad de adultos mayores que no pueden valerse por sí mismos se cuadruplicará en los países en desarrollo. Muchas personas de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos, psicológicos o neurológicos, como la demencia o el Alzheimer, lo cual afecta su vida diaria de diversas maneras. Bastantes necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana.

De esta manera resulta claro que la necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando, *¿quién se hará cargo de ello?* Este es otro motivo. La respuesta inmediata es que los profesionales deben estar preparados, lo cual incluye a los trabajadores de asilos y hospitales. Pero *¿nuestro país cuenta con suficientes personas preparadas y suficientes espacios adecuados?*

¿Qué ocurrirá cuando los asilos y hospitales estén saturados? Existirán familias que no deseen o que no puedan costear la reclusión o la estadía prolongada de sus adultos mayores, ¿qué pasará con ellos?

Como hemos anticipado, conforme crezca la población de adultos mayores, nuestra sociedad requerirá más trabajadores formales para atender las demandas de la población mayor. Es cierto que las instituciones de salud y casas para adultos mayores cuentan con cierta cantidad de personal preparado, sin embargo, desconocemos si serán suficientes en algunas décadas y si la asistencia que brinden tenga una duración de largo plazo, pues debe tomarse en cuenta que la tarea de cuidar a un adulto mayor no suele concluir en poco tiempo.

Consecuentemente, muchos de los familiares o conocidos de la persona demandante se convertirán en cuidadores de manera repentina e inesperada, ya sea voluntariamente, por imposición cultural y social o por cualquiera de los motivos que ya se han mencionado. Pero *¿cualquier persona puede ser una figura cuidadora?*

De acuerdo con estimaciones del INEGI (2012), entre el 69% y 77% de quienes proporcionan cuidado en los hogares, son mujeres, que desempeñan el cuidado informal, ya sea por elección o por imposición moral y social; porque aun en nuestros días, la costumbre dicta que las mujeres nacieron para cuidar y atender a otros y para quedarse en el hogar. También se sabe que entre el 6 y 12% de mujeres entre 14 y 70 años realizan trabajo doméstico o de cuidado de personas como apoyo gratuito a otros hogares, mientras que el 22% ha renunciado a su trabajo o disminuido su jornada laboral porque deben realizar actividades de cuidado, lo que afecta en su economía.

Sin embargo, también los hombres han comenzado a incluirse en estas labores, respondiendo a las grandes demandas emergentes.

¿Qué podemos decir acerca de la cantidad de cuidadores que existen actualmente? Según algunos autores, hay una desproporción importante entre las

personas disponibles para cuidar de los adultos mayores y la población que estará dentro de este grupo de edad.

Aunque existe poca información cuantitativa al respecto, se sabe que en Estados Unidos hay aproximadamente 52 millones de cuidadores/as informales de personas adultas, enfermas o discapacitadas, y 25.8 millones prestan cuidados de asistencia personal. En Canadá, se estima que 3 millones de cuidadores prestan ayuda a personas con alguna enfermedad crónica o discapacidad, y en Reino Unido se calculan 5,7 millones de cuidadores/as. Un 20,7% de los adultos en España presta ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria a una persona mayor con la que convive, y el 93,7% de ellos tiene vínculos familiares con la persona a la que cuida; sin embargo, mientras el 24,5% de las mujeres prestan cuidados, sólo el 16,6% de los hombres lo hacen (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004).

Actualmente no existen cifras aproximadas de los cuidadores informales en nuestro país, sin embargo cualquiera que preste atención, caerá en cuenta de que conoce al menos a una persona que realice esta labor.

A pesar de las grandes cifras mencionadas, la cantidad de cuidadores sigue siendo desproporcional al número de adultos mayores, que como ya hemos dicho, no deja de crecer. Esta falta de proporción resulta una razón más para prestar atención a la población cuidadora.

Por si estos argumentos no alcanzaran, la labor de los cuidadores informales es actualmente poco valorada y reconocida, a pesar de que ellos destinan gran parte de su vida (si no es que toda) a realizar esta labor, tanto que su calidad de vida también se ve afectada negativamente en varios contextos. Esto sin mencionar que muchos de los cuidadores son igualmente adultos mayores, o con el paso de los años se convertirán en una persona mayor, enferma o con deterioro que le impedirán realizar sus actividades cotidianas, por lo que estarán en riesgo y posiblemente llegarán a necesitar atenciones de otros *¿Debemos esperar a que esto pase?*

Resulta indispensable una oportuna atención, ya que se formará una cadena de demandas de cuidado, *¿quién cuida a los cuidadores?*

¿Existen Instituciones de apoyo para los cuidadores informales?, ¿cómo sabrán los nuevos cuidadores qué hacer y cómo hacerlo? Es innegable que generarán conocimientos y aprendizajes en la práctica, pero los cuidadores informales actuales y futuros también requerirán algún tipo de orientación, de formación, un espacio especial para exponer las dudas de su vida cotidiana y recibir respuestas, compartir experiencia y sentirse acompañados, lo cual tendrá implicaciones positivas en su estado de salud integral.

¿Son suficientes esos espacios en México? La existencia de espacios de este tipo es muy limitada en nuestro país; las instituciones de salud públicas apenas se han involucrado. Como han podido ilustrar las intervenciones recopiladas, la metodología que se emplea mayormente es proporcionar información a los cuidadores, sin importar su formación, los encargados de brindar estos cursos o talleres son personas de una o dos disciplinas, se carece de equipos multidisciplinarios, se enfocan en la cantidad de asistentes y no en la calidad de los resultados y las implicaciones en la vida cotidiana del cuidador.

Asimismo, como han reportado algunos autores (Cerquera & Pabón, 2014), los programas que se han utilizado con más frecuencia han sido, psicoeducativos y psicoterapéuticos, autoayuda, la intervención individual y familiar, intervenciones usando el apoyo telefónico, psicosociales con técnicas de relajación basadas en la actividad física y la terapia ocupacional. Sin embargo *¿Estas acciones son suficientes?* Si bien las intervenciones ya realizadas son de desahogo y relajación momentánea se deben crear también, espacios para cuidar a los cuidadores desde un enfoque formativo, constructivo e interdisciplinario que favorezca su calidad de vida en todas las esferas que la compongan. *¿Cómo lograrlo?*

Como se ha analizado, los cuidadores son una población desatendida a todos los niveles, desde el individual hasta el social, sin espacios donde puedan

aclarar sus dudas ya sea de manera personal, sin una red de apoyo social e institucional.

En lo que respecta a los espacios grupales, es imprescindible su creación y mantenimiento de modo que sean funcionales para una gran parte de la población cuidadora. Pero no sólo debe destacarse la dimensión cuantitativa, sino que debe buscarse generar cambios positivos importantes en la vida cotidiana del cuidador. Además, es importante que estos espacios sean fruto de la integración del trabajo de diversas disciplinas.

Existen tres argumentos primordiales para no prescindir de la psicología social. Uno de ellos es que la situación de la población cuidadora es riesgosa, y se ha dedicado poco tiempo y esfuerzo para que deje de serlo, lo cual representa una problemática social que requiere emprender planes de acción de inmediato.

El segundo es que para generar cambios en la vida cotidiana de los cuidadores es necesario recurrir a la reflexión y al análisis de sus experiencias, así como a la producción de conocimientos básicos que les faciliten su función.

Aunado a esto, el psicólogo social es la piedra angular para la construcción de equipos multidisciplinarios que tengan como finalidad la formación de los cuidadores. Su visión psicosocial y su formación en los procesos grupales le permite centrarse en la dinámica grupal, develando los obstáculos y propiciando el desarrollo tanto del equipo multidisciplinario como el de los participantes.

IV. OBJETIVOS

A. Objetivo General.

Reconocer, analizar y reflexionar los obstáculos que los cuidadores enfrentan en su función para construir estrategias biopsicosociales que incidan favorablemente en su calidad de vida, mediante la creación de un espacio grupal coordinado por un equipo multidisciplinario.

B. Objetivos Particulares.

- Identificar y develar los obstáculos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que enfrentan los cuidadores al realizar su función.
- Reconocer el impacto que generan los obstáculos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales en la calidad de vida de los cuidadores.
- Construir elementos bio-psico-socio-ambientales que produzcan un incremento en la calidad de vida de los cuidadores.

V. MÉTODO

Se realizó un taller basado en el método de Investigación-Acción propuesto por Kurt-Lewin. Esta metodología es una forma de lograr cambios teóricos simultáneamente a cambios sociales, para lo cual se parte del 1) análisis, 2) la recolección de información, 3) la conceptualización, 4) la planeación, 5) la ejecución y 6) la evaluación; posteriormente se repite cada paso conformando un proceso cíclico.

Siguiendo este proceso se realizó la planeación de cada sesión con base al análisis previo que se hizo de la situación bio-psico-social de los cuidadores; después de esta primera programación de actividades se ejecutó el plan en la primera sesión, en la cual se expresaron intereses e inquietudes por parte de los asistentes, se observaron y examinaron sus ansiedades y se procedió a una re-planeación de las sesiones. Luego de cerrar cada sesión, el equipo de psicología se reunía (en ocasiones con los especialistas de cada área) para evaluar los logros y el cumplimiento de los objetivos, para comenzar de nuevo el ciclo. De esta manera, poco a poco se fue transformando el plan inicial adecuándose a las demandas de la población estudiada (ver Anexo 1).

A. Población

Participaron 22 derechohabientes de la Clínica del ISSSTE Balbuena encargadas del cuidado de adultos mayores. De ellos, 21 fueron mujeres y un hombre, con un rango de edad de 45 a 81 años.

B. Instrumentos

1. *Escala de Ansiedad de Hamilton 2* (ver Anexo 2). Evalúa el nivel de ansiedad a través de 21 bloques de cinco afirmaciones cada uno que se puntúan del 0 al 4, de las cuales el participante debe elegir sólo una. Los puntajes totales se clasifican de la siguiente manera: Sin ansiedad (0-5 puntos), Ansiedad menor (6–14), Ansiedad mayor (15 o más).

2. *Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado* (Anexo 3), de elaboración propia. Constó de 21 reactivos, de los cuales 11 eran oraciones abiertas para ser completadas, referentes a la concepción del adulto mayor, el estado emocional del cuidador, sus necesidades y su relación con el adulto mayor. Diez preguntas adicionales estaban relacionadas con los conocimientos y actividades del cuidado, y autocuidado; estas tenían dos opciones de respuesta (sí y no).

3. *Bitácora del cuidador y el cuidado*. Se elaboró una hoja de registro para cada área de cuidado (alimentación, actividad física, actividades ocupacionales, estado de ánimo, signos vitales y administración de medicamentos), que el cuidador llenó diariamente con sus propios datos y con los de la persona a su cuidado, y la entregó cada semana (ver anexo 4).

4. *Vectores del cono invertido*. Para evaluar el proceso grupal se utilizaron los elementos del cono invertido propuestos por Pichón-Riviere, durante la apertura y al cierre del taller, al igual que las ansiedades básicas y los roles (ver anexo 5).

C. Temáticas

Las temáticas abordadas en el taller tenían relación con las áreas donde se presentan retos cotidianamente y con las unidades de análisis:

Psicológica:

- La globalización y el proceso de envejecimiento.
- Función del cuidador.
- Ansiedad y resistencia al realizar actividades de cuidado.
- El estado emocional del cuidador y el cuidado.
- Vínculo entre cuidador-cuidado.
- Relación saludable con el Adulto Mayor.
- Organización de las actividades.
- Uso de una bitácora.
- Proyecto de vida.
- Elaboración de duelos.

Biológica-Física:

- Características bio-psico-sociales del Adulto Mayor.
- Ejercicios físicos e higiene postural.
- Alimentación adecuada para cuidador y paciente.
- Definición y medición de los signos vitales.
- Control de medicamentos del paciente.
- Movilización del adulto mayor.
- Prevención de escaras.
- Higiene general y salud bucal.
- Actividades cognitivas para el adulto mayor.

Social:

- Actividades ocupacionales.
- Redes de apoyo.
- Relación con la institución de salud.
- Dinámica familiar.
- Relación con el adulto mayor.

Ambiental:

- Diseño de un ambiente adecuado para el adulto mayor y el cuidador.
- Materiales e instrumentos de apoyo.

D. Procedimiento

Se realizó un taller de 11 sesiones de las cuales nueve tuvieron una duración de 120 minutos y dos sesiones de 150 minutos. Fueron llevadas a cabo una por semana y dirigidas por un grupo multidisciplinario que incluyó dos Psicólogas, una Médica gerontóloga, dos Enfermeras geriatras, una Trabajadora social, un Activador físico, un Odontólogo y una Nutrióloga.

El equipo de psicología fue el encargado de la detección de necesidades en la población, planear el taller, acordar las fechas junto con Trabajo Social, elaborar

las cartas descriptivas y entregarlas a las autoridades de la Institución, difundir el taller en la Clínica, inscribir a los participantes y organizar con cada especialista las dinámicas de acuerdo con el tema. Otra función de las Psicólogas fue la coordinación de cada una de las sesiones, iniciando con el pase de lista, la revisión de las tareas, un resumen diario de la sesión anterior, la entrega de materiales, el cierre de la sesión incluyendo las conclusiones y la puntualización de las tareas, así como el control y organización del tiempo disponible, la atención a las dudas y su canalización de ser necesario.

El taller estuvo conformado por los tres momentos propuestos por Pichón-Riviere: apertura, desarrollo y cierre.

1. Apertura:

Durante la primera sesión se realizó la presentación de los integrantes del equipo multidisciplinario; los asistentes expresaron sus expectativas respecto al taller y se realizó una evaluación inicial con la finalidad de conocer su estado emocional actual, sus inquietudes, sus dudas referentes al cuidado y el nivel de ansiedad que les ocasionaba su función. Para ello se proporcionó a cada asistente la Escala de Ansiedad de Hamilton 2 y el Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado.

2. Desarrollo:

De la segunda a la novena sesión del taller se realizaron dinámicas o presentaciones (de acuerdo con el tema planeado para ese día) que propiciaron que los cuidadores generaran vivencias, trabajaran sus necesidades y ansiedades a través de un análisis crítico, la reflexión de diversas situaciones y la evaluación continua de sus logros.

Cada una de las sesiones tuvo también los momentos de apertura, desarrollo y cierre de acuerdo con los lineamientos del grupo operativo y del taller. La apertura estaba compuesta por un resumen de la sesión anterior, la revisión de las tareas, bitácoras y una introducción a la sesión en curso.

Durante el desarrollo, cada uno de los profesionales llevó a cabo una exposición de su tema, respondió dudas y comentarios para proseguir con la coordinación de una actividad previamente planificada que les permitiera a los cuidadores poner en práctica lo visto y escuchado. Para cerrar las sesiones las psicólogas coordinaban las conclusiones, en algunos casos se puntualizaron las tareas y se entregaron nuevos juegos de bitácoras para llenarse a partir de ese día y hasta la siguiente sesión.

3. Cierre:

En la sesión 10 se realizó un análisis crítico de lo que sucedió a lo largo del taller se reflexionó acerca de los avances que tuvieron, de los retos que se les presentaban y de las alternativas que tenían para hacerles frente. Se realizó una post-evaluación empleando los mismos instrumentos que en la primera sesión, para verificar los cambios generales logrados y para informar a los participantes de sus resultados individuales en la última sesión. En esta, los cuidadores pudieron expresar algunas dudas y el equipo de psicología puntualizó algunas conclusiones. Asimismo se entregaron los reconocimientos emitidos por la institución para enfatizar el esfuerzo y los logros de cada asistente.

VI. RESULTADOS

Los resultados tanto cuantitativos como cualitativos obtenidos en el taller se presentan a continuación con base a las unidades de análisis que conforman el objeto de estudio de esta investigación: la calidad de vida del cuidador, compuesta por aquellos elementos que permiten tomar decisiones frente a los obstáculos presentes en su función.

Con base en los ejes temáticos y la información obtenida, se establecieron las siguientes unidades de análisis:

A. Sobre el cuidador y el cuidado.

1. Significado del ser cuidador: Definición, función y características del cuidador.
2. Condición emocional del cuidador.
 - a) Estado de ánimo, sentimientos y sensaciones.
 - b) Nivel de ansiedad.
 - c) Relación Cuidador-Adulto mayor.
 - d) Necesidades.
3. Cuidados del cuidador.
 - a) Alimentación.
 - b) Ejercicio e higiene postural.
4. Elementos con los que todo cuidador debe contar
 - a) Elementos con los que cuenta.
 - b) Concepto de Adulto Mayor.
 - c) Conocimiento de una dieta acorde a la etapa de vida.
 - d) Conocimiento de la activación física y ejercicios.
 - e) Conocimiento y medición de signos vitales.
 - f) Uso de una bitácora.
 - g) Actividades ocupacionales.

B. El Proceso Grupal.

1. Vectores del cono invertido, ansiedades y roles.
2. Sobre las coordinadoras.

A. Sobre el cuidador y el cuidado.

1. Significado del ser cuidador: Definición, función y características del cuidador.

Las ideas que los participantes tenían al inicio y al término del taller respecto al concepto de cuidador, sus funciones y características se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Comparación de respuestas generales obtenidas con el Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado, respecto su autoconcepto, función y características como cuidadores.

	Respuestas de la Pre-evaluación	Respuestas de la Post-evaluación
Concepción del cuidador	Discípulo, Apoyo, Magnifico, Fuerte Ayuda, Responsable, Triste, Débil, Aprisionado, Viejo, Cansado, Asignada sin voluntad, Persona que cuida.	Apoyo capacitado, Corresponsable, Administrador de medicinas y de salud, Acompañante, Con posibilidades de dar y recibir, Independiente, Con proyectos, Persona que se ayuda y luego ayuda.
Función del cuidador	Prestar ayuda Estar a cargo de Ser responsable de Dar atención necesaria Apoyar Cubrir necesidades Cuidar Acompañar Procurar Asistir.	<i>Propiciar:</i> La independencia y la responsabilidad del otro La reflexión sobre la toma de decisiones <i>Construir:</i> Un espacio físico que favorezca el desarrollo personal, Dar respuestas adecuadas en situación de crisis, Llevar un control sistemático sobre su estado de salud en general, Realizar acciones que favorezcan a su estado emocional y físico, Acompañar en el proceso de duelo y de la proximidad de la muerte.
Características de un cuidador	Disposición a ayudar Tolerante Amoroso, cariñoso (afectuoso) Capacitado Motivado Paciente Sensible Respetuoso	Con una formación, Con proyectos propios, Independientes al cuidado, Responsable de sí mismo, Autoconcepto favorable, Con elementos necesarios para: Solucionar cualquier situación de crisis, Decisiones responsables,

Responsable Tranquilo Asertivo Atento Congruente Organizado Expresa dudas Sano.	Construcción de una relación de respeto, amor y cariño, Asertivo, Capacidad para poner límites, Con valores.
--	---

2. Condición emocional del cuidador.

a. Estado de ánimo, sentimientos y sensaciones.

Una de las dinámicas realizadas durante el primer momento del taller permitió observar que la mayor parte de los cuidadores se presentaron inicialmente con un estado emocional y con sentimientos negativos, como resultado de desempeñar su función.

La situación de ser cuidadores les generaba sentimientos variados; los hacía sentir privilegiados, agradecidos, motivados, con objetivos, pero también enojados, angustiados y frustrados como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Comparación de respuestas generales obtenidas con el Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado, respecto al estado emocional del cuidador.

	Respuestas de la Pre-evaluación	Respuestas de la Post-evaluación
Sentimientos que genera el ser cuidador	Enojados, Impotentes, Tristes, Con dolor, Estresados, Ansiosos, Impacientes, Desesperados, Angustiados, Culpables, Preocupados, Agobiados, Intolerantes, Inseguros, Incomprendidos, Miedosos, Cansados, Sin reconocimiento, Con una gran carga,	Tranquilos Alegres, Nobles, Animados. Satisfechos de acompañar Capaces Con planes y proyectos propios Independientes Comprometidos, Con altibajos, Útiles.

	Frustrados con los planes de vida, Sentimientos encontrados, Íntegro, Privilegiados, Santificados, En deuda, Reciprocidad: “Hoy por él mañana por mí”, Con ira, Necesitados, <i>Positivos:</i> Felices, Útiles Satisfechos, Comprometidos, Agradecidas.	
Lo mejor de ser cuidador	Bienestar con el otro, Reconocimiento, Estar ahí cuando se necesite, Dar y recibir amor, Corresponder a la relación, Valoración.	Satisfacción, Dar y recibir amor, Ser la mejor versión de sí mismos, Ver al cuidado funcional, El agradecimiento, Acompañar hasta el último de sus días, Cumplir con lo que me corresponde, Convivencia.
Lo desagradable de ser cuidador	Sin planes ni proyectos, Sin reconocimiento, Dependiente del cuidado, Maltrato, No contar con tiempo de distracción, No tener vida propia, Lesiones.	Discusiones con familiares, Impotencia de resolver problemas, Aislamiento, Poco tiempo libre, Sin poder dormir.

b. Nivel de ansiedad.

De acuerdo la Escala de Ansiedad de Hamilton 2, se halló que en la pre-evaluación el 62% de los participantes tenía un nivel de ansiedad menor, un 19% tenía ansiedad mayor y una cantidad igual se encontraba sin ansiedad (Figura 1). Para la post-evaluación el 71% no tenía ansiedad, el 24% ansiedad menor y sólo el 5% ansiedad mayor.

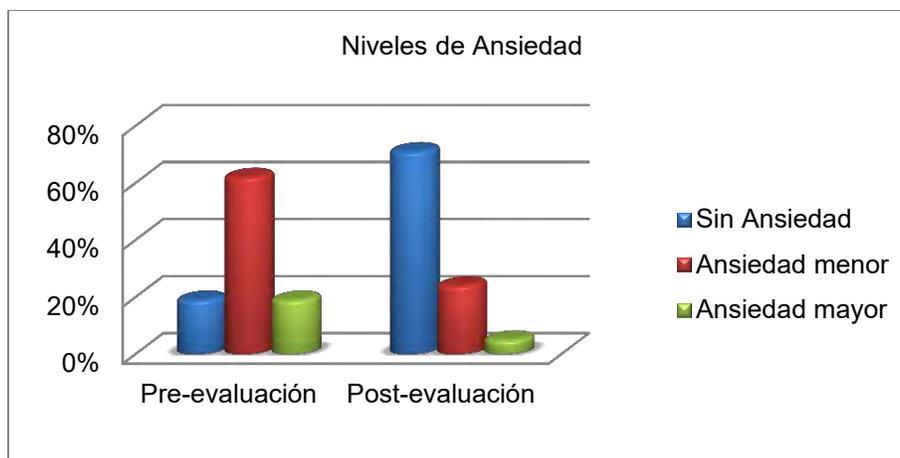


Figura 1. Porcentaje de participantes con algún tipo de ansiedad en la Pre y en la Post-evaluación según la Escala de Ansiedad de Hamilton 2.

c. Relación Cuidador-Adulto mayor.

Respecto a la relación del cuidador con la persona cuidada, puede observarse un cambio de respuestas en el pre y post evaluación (Tabla 3).

Tabla 3. Respuestas a las preguntas referentes a la relación cuidador-adulto mayor del Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado.

	Respuestas de la Pre-evaluación	Respuestas de la Post-evaluación
Relación con el adulto mayor	Molesta y difícil Extenuante, Excelente, Demandante Agradable, Cálida, Afectuosa, Complementaria, De respeto.	Buena satisfactoria, Tranquila Participativa, Amable y divertida, Cordial, Cambiante.
Comportamiento del adulto mayor hacia el cuidador	Incapaz e impotente, Infantil y desafiante, Irritante y demandante, Ejemplo de vida, Colaborador, De confianza.	Una persona que no admite cambios, Funcional y valiosa, Tranquila, Necesitada de todo tipo de ayuda.

d. Necesidades.

Con relación a las necesidades que los cuidadores plantearon para realizar su función, como se puede observar en la Tabla 4, estaban orientadas hacia varios aspectos, entre ellos el emocional, la alimentación, higiene, enfermedades, medición de signos vitales, etcétera. Así mismo se observan los resultados obtenidos al concluir el taller.

Tabla 4. Comparación de respuestas generales obtenidas con el Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado, respecto a los conocimientos con los que el cuidador debe contar.

	Respuestas de la Pre-evaluación	Respuestas de la Post-evaluación
Lo que el cuidador debe saber	Autocuidado Manejo de situaciones difíciles, Cuidados clínicos y psicológicos Formas de movilización del paciente, Conocer al Adulto Mayor y los procesos de enfermedad Actividades de higiene Límites, Alimentación, Actividades física y ocupacionales Manejo de emociones Instrumentos y medición de signos vitales Administración de medicamentos	Toma de decisiones, Autocuidado, Inyectar, Todo lo necesario para la salud en todo aspecto: Actividades de higiene Límites, Alimentación, Actividades física y ocupacionales Manejo de emociones Instrumentos y medición de signos vitales Administración de medicamentos Contar un proyecto de vida, Delegar responsabilidades.

3. Cuidados del cuidador

a. Alimentación.

Como se observa en la Figura 2, se observó un incremento de 19% en el porcentaje de personas que cuidaban su alimentación.

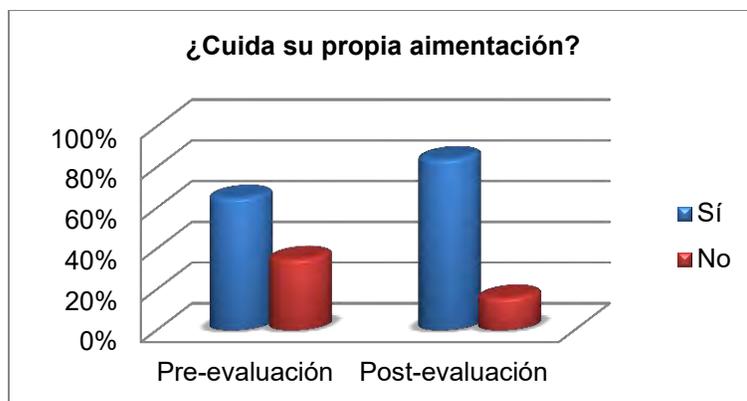


Figura 2. Porcentaje de participantes que cuidaban su alimentación según el Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado.

b. Ejercicio e higiene postural.

Al inicio del taller, sólo el 51% de participantes reportaron realizar alguna clase de ejercicio. Este porcentaje aumentó en un 27% para finalizar el taller, como muestra la Figura 3.



Figura 3. Porcentaje de participantes que realizaban ejercicio según el Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado.

Con relación a la posición para cargar o mover a los adultos mayores y realizar ejercicios para aumentar la coordinación motriz gruesa, de acuerdo con la información obtenida en las bitácoras se observó que de las 22 inscritas, 17 realizaban ya estas actividades.

4. Elementos con los que todo cuidador debe contar

a. Elementos con los que cuenta.

De los 22 asistentes solamente una era cuidadora formal, el resto eran cuidadores informales sin ningún tipo de preparación y aunque todos tenían nociones, sus dudas eran muchas y evidentes.

En la Figura 4 se observa que en la pre-evaluación, el 25% reportó contar con los elementos necesarios para realizar su función, mismo porcentaje que incrementó un 50% en la post-evaluación.

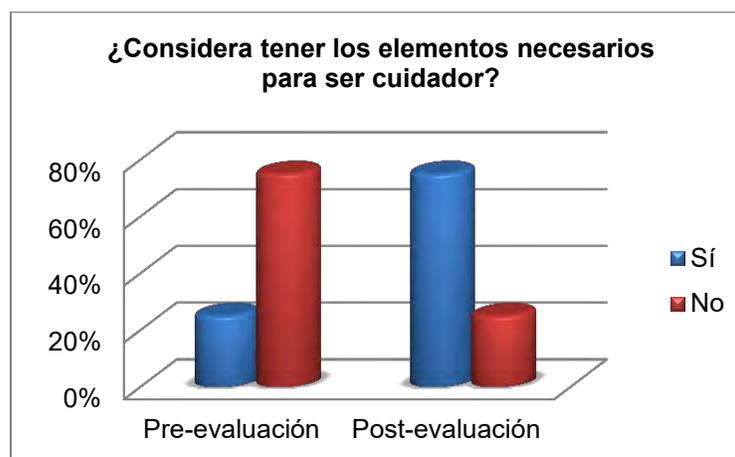


Figura 4. *Porcentaje de participantes que consideró contar con los elementos necesarios para ser cuidador según el Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado.*

b. Concepto de Adulto Mayor.

Con las sesiones dedicadas a definir al adulto mayor, conocer sus características bio-psico-sociales y sus principales padecimientos, la concepción que tenían los cuidadores de los adultos mayores mostró un cambio (Tabla 5).

Tabla 5. Comparación de respuestas generales obtenidas con el Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado, respecto a la concepción del adulto mayor.

	Respuestas Pre-evaluación	Respuestas Post-evaluación
Concepto del adulto mayor.	Persona de 60 años o más, Necesita cuidados, Carente de facultades, Dependiente, Con pérdidas, Un ejemplo a seguir, Triunfador, Un ser humano con una historia de vida, Persona con autoridad y desafiante.	Persona a partir de los 60 años, Independiente, Con capacidad de elaborar proyectos, Útil y funcional, En ocasiones requiere atención y cuidado.

c. Conocimiento de una dieta acorde a la etapa de vida.

El 87% de los participantes afirmaron en un inicio cuidar la alimentación del adulto mayor (Figura 5), sin embargo, existió un leve decremento del 4% al cierre, siendo una posible causa las dudas conforme a cómo aplicar a la vida diaria la información adquirida.



Figura 5. Porcentaje de participantes que cuidaban la alimentación del adulto mayor según el Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado.

Después de la primera sesión en la que el tema era la nutrición, los asistentes continuaban teniendo varias dudas en cuanto a las cantidades o la

selección de alimentos de acuerdo con el plato del buen comer. Según el reporte de la Nutrióloga, a lo largo de las semanas, pudo observarse una mejoría al armar sus propias comidas y las del adulto mayor a quien cuidan, sin embargo seguían existiendo dudas y equivocaciones en cuanto a las cantidades, la variación de alimentos y en el saltarse comidas, principalmente el desayuno.

Además, se repitió que una dieta debe ser personalizada, sin embargo, debido a la cantidad de participantes y a la delimitación del tiempo, no fue posible que la Nutrióloga elaborara una dieta específica para cada uno y para la persona cuidada; a pesar de ello, se dieron recomendaciones generales e información correspondiente a la alimentación adecuada del adulto y del adulto mayor enfermo.

d. Conocimiento de la activación física y ejercicios.

En la pre-evaluación el 50% de los cuidadores reportaron realizar ejercicio con el adulto mayor (Figura 6), en la post-evaluación el 60% de los asistentes practicaban y reconocían la importancia de realizar esta actividad constantemente junto con la persona a su cargo.



Figura 6. Porcentaje de participantes que realizaban ejercicio con el adulto mayor según el Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado.

En las Bitácoras del cuidador y el cuidado fue posible observar registros iniciales de escasas actividades físicas, entre ellas estaban yoga, caminar, ciclismo y bailar. A partir de la 3 sesión empezaron a realizar dichas actividades junto con sus pacientes diariamente o mínimamente tres veces por semana. El tiempo que le dedicaban al ejercicio iba desde 10 minutos hasta dos horas diarias. El tipo de ejercicio fue variando a lo largo de las semanas, pues se fueron incluyendo e intercalando nuevas formas de activación física tales como las repeticiones de movimientos, estiramientos, pilates, zumba, etcétera.

e. Conocimiento y medición de signos vitales.

Como se muestra en la Figura 7 el porcentaje de participantes que sabía medir la presión arterial incrementó en la post-evaluación un 46% respecto a la pre.-evaluación.

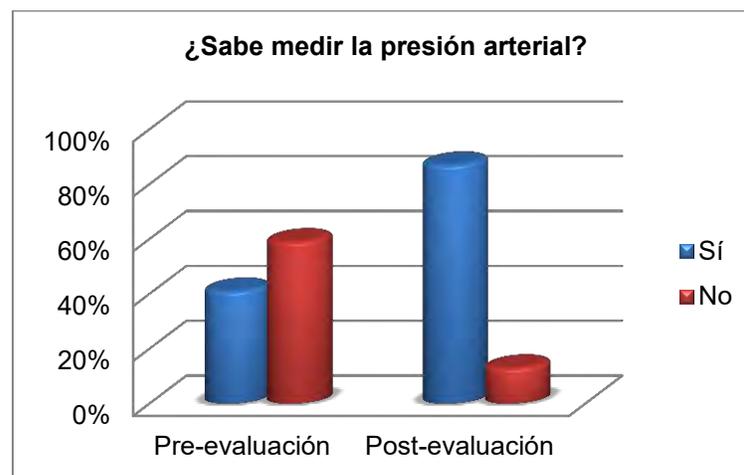


Figura 7. *Porcentaje de participantes que sabían medir la presión según el Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado.*

Así mismo en la Figura 8, se muestra el incremento (43%) que existió en el porcentaje de personas que consideraban saber medir la glucosa en sangre.

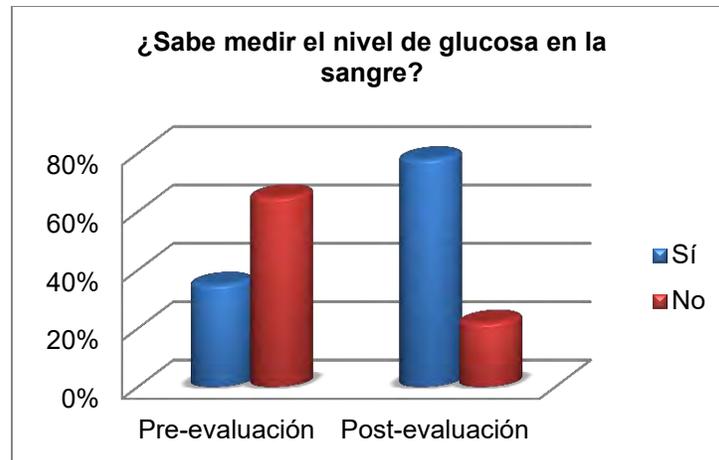


Figura 8. Porcentaje de participantes que sabían medir la glucosa en sangre según el Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado.

f. Uso de una bitácora.

En un inicio, el 59% de los cuidadores reportaron no utilizar cotidianamente ningún tipo de registro o bitácora que les ayudara a realizar su labor. Para el cierre del taller los porcentajes cambiaron mostrando un incremento de 42% (Figura 9).



Figura 9. Porcentaje de participantes que utilizaban algún registro o bitácora según el Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado.

g. Actividades ocupacionales.

En la pre-evaluación, el 43% de cuidadores realizaban actividades ocupacionales con el adulto mayor; en la post-evaluación, hubo un aumento de 24%, como se observa en la Figura 10.



Figura 10. *Porcentaje de participantes que realizaban actividades ocupacionales con el adulto mayor según el Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado.*

Entre las actividades ocupacionales que los cuidadores mencionaron en las primeras sesiones, en las bitácoras, se encontraban: ayudar con la preparación de alimentos, leer, pasear, caminar, platicar con sus amigos, pintar, tejer entre otras. Para la últimas sesiones se escribieron nuevas actividades como pintar, resolver sopas de letra, jugar juegos de mesa, arar collares, etcétera.

B. El Proceso Grupal.

1. Vectores del Cono Invertido, Ansiedades y Roles.

Se realizó un análisis de la dinámica grupal tomando en cuenta los vectores del cono invertido. La Tabla 6 muestra los resultados obtenidos.

Tabla 6. Análisis de los elementos que conforman el cono invertido observados durante el taller.

Vectores del Cono Invertido		
Vector: Significado	Al inicio del taller	Al concluir el taller
Tarea: Que los cuidadores cuenten con elementos biopsicosociales para tomar decisiones que incrementen su calidad de vida.	Los asistentes esperaban encontrar soluciones a los problemas que enfrentaban cotidianamente al realizar la función de cuidar.	Los cuidadores se hicieron conscientes de los obstáculos, tomaron decisiones y realizaron acciones para cambiar su situación. Pudiendo crear nuevas estrategias que mejoraron su calidad de vida La tarea se logró.
Afiliación: Primer momento de encuentro	Se dio cuando se inscribieron al taller, posteriormente en las primeras sesiones.	
Pertenencia: Ser parte del grupo	En un principio los asistentes eran desconocidos entre sí salvo algunas excepciones, se mostraban distantes pero amables.	A partir de la sesión tres los participantes se identificaban y sentían parte del grupo, formaron una red de apoyo con mucha comunicación; surgían pláticas con su propia iniciativa, acerca de las temáticas a tratar o de las sesiones anteriores.
TELE: Disposición de trabajar con el otro.	Los participantes se notaron dispuestos a trabajar con otros aunque algunos mantenían una distancia.	El TELE se manifestó positivo a lo largo del taller pues se mostraron dispuestos a trabajar con cualquier otro participante.
Aprendizaje: Apropiarse de conocimientos para transformar la realidad.	Todos llegaron con conocimientos generales adquiridos de su práctica pero también tenían dudas muy específicas.	Los participantes afirmaron utilizar lo aprendido para continuar su labor cotidiana, de esta manera generaron cambios en su propia dieta y la de los adultos mayores, realizaron más actividades ocupacionales y físicas, pusieron límites, aumentaron su comunicación con el adulto mayor, adecuaron espacios para el adulto mayor, midieron de manera correcta los signos vitales necesarios en sus casos, pusieron límites y proponían acuerdos. En algunos casos se acercaron a los especialistas para una orientación personalizada e incluso para tomar terapia.
Pertinencia: Realizar acciones para el logro de la tarea.	Los cuidadores estaban tan enfocados en el cuidado que olvidaron o dejaron de lado tener un proyecto propio. Solo prestaban atención al cuidado del adulto mayor por lo que lo ponían en primer lugar antes que	Los cuidadores se dieron cuenta de la importancia de tener un proyecto de vida propio y mantener límites entre sus familiares y ellos. También se percataron de la importancia que tenía el autocuidado de ellos mismos.

	ellos mismos. Todos se mostraron participativos durante las sesiones.	Al final, todos realizaron pequeñas acciones que ayudaron a lograr la tarea.
Comunicación: Cuando el emisor y el receptor han creado códigos comunes para comprender un discurso	En un principio mencionaron que la comunicación entre los profesionales y cuidadores no se comprendía pues no tenían un lenguaje en común que impedía una comprensión de discursos, se mostraron dudosos y con muchas preguntas.	Gracias a las intervenciones de los cuidadores y de las precisiones de los profesionales, se creó un ECRO grupal que facilitó la comunicación.
Cooperación (complementaria): Contribución al trabajo en torno a la tarea grupal.	Los cuidadores desde el inicio se mostraron con iniciativa para aportar ideas.	Se mostraron cada vez más cooperativos, pues se apoyaban entre ellos para realizar las dinámicas, se compartían material, intercambiaban ideas y experiencias.
Competencia (suplementaria): Deseo de vencer los obstáculos, se compite con la tarea, no con el grupo.	En un primer momento la competencia se presentó entre los participantes debido a que cada uno tenía dudas propias y querían ser atendidos con urgencia.	A partir de la sesión cuatro los cuidadores de percataron que tenían dudas similares por lo que optaron a expresar solo las necesarias y a escuchar las de los demás, con ello se disminuyó la competencia entre ellos y aumentó la competencia para con la tarea.
Obstáculos: Todas aquellas circunstancias que fueron desfavorables para el logro de la tarea.	Había obstáculos epistemológicos y epistemofílicos. Las dudas que tenían los participantes y los largos turnos de discurso impedían realizar las actividades. La no disponibilidad del espacio de trabajo, y la impuntualidad de los participantes fueron retrasando el trabajo grupal.	Se hicieron conscientes de los obstáculos epistemológicos y epistemofílicos y adquirieron herramientas para vencerlos. A partir de la segunda sesión se empezaron a manejar tiempos y dar la palabra solo algunos de los participantes y si había más se solicitó que las escribieran y para ser resueltas en la siguiente sesión. Se adecuaron las actividades al espacio disponible y los asistentes se adaptaron a dichas condiciones.
ANSIEDADES BÁSICAS		
1. Pérdida: Abandono del vínculo anterior. 2. Ataque: Por el vínculo nuevo y la seguridad.	Se presentó con el desconocimiento de otras formas del cuidado, con la consideración de los límites como un acto de egoísmo o falta de amor hacia su familiar.	Dejó de presentarse debido a que se hicieron conscientes de que las estrategias y técnicas facilitaban su labor, favorecían la relación con el adulto mayor y mejoró su propia condición bio-psico-social. Analizaron las ventajas y mejoras en su vida cotidiana y también las áreas de oportunidad.
ROLES		
Portavoz: Depositario de las tensiones y conflictos grupales.	Había uno o dos portavoces en el caso de las dudas comunes. Sin embargo sus intervenciones eran muy largas y alteraban el orden grupal.	Había varios portavoces, Debido a que realizaban preguntas referentes a temáticas pasadas, se volvía tediosa la sesión pues se repetía información antes proporcionada y el orden grupal se

		veía amenazado.
Líder: Depositario de los aspectos positivos del grupo.	Había tres personas que intentaban actuar como líderes del grupo. Dentro de estas personas se encontraba "E" quien ya era una persona capacitada y deseaba compartir su experiencia y guiar a los demás.	El líder principal fue la tarea. Sin embargo existían personas que facilitaban la tarea pues explicaban a los demás las actividades a realizar.
Saboteador: Aquel que provoca interferencias, en cuanto a la realización de la tarea.	Ningún participante. El exceso de dudas impedía avanzar en los temas con la velocidad planeada.	Las mismas dudas y ansiedades llegaban a sabotear la tarea. Al final se encontró la manera de manejar dichas dudas para que a pesar de ellas se lograra cumplir la tarea.

2. Sobre las coordinadoras

Dado que la situación emocional de las coordinadoras durante el proceso experimentado es también digna de un análisis ya que forma parte del proceso grupal, se mencionarán los sentimientos y sensaciones generados durante el desarrollo del taller.

Una de ellas se percató de que se preocupaba por los intereses de los asistentes, esto generaba en ella motivación considerando su objetivo personal de mejorar su calidad de vida y que sus acciones fueran encaminadas a fortalecer sus capacidades y pudiera dirigirlas hacia los cuidadores, de modo que existiera una mejor convivencia entre cuidador y adulto mayor.

La angustia jugó un papel importante al momento de que los cuidadores expresaron sus sentimientos negativos acerca de vivir dicho papel, pues notó que esta situación de los cuidadores era una constante en su vida, un hábito construido que les causaba conflicto y no habían podido encontrar una solución a dicho problema.

También sintió preocupación porque las personas que asistieron en su mayoría no se cuidaban a ellas mismas a pesar de que de estas eran adultas mayores también y algunas ya con desgastes físicos y emocionales importantes.

Para la segunda coordinadora, esta experiencia generó frustración al escuchar vivencias donde el adulto mayor suele aprovecharse de su condición para manipular al cuidador; impotencia al relacionar inmediatamente las experiencias de los participantes con su situación de vida actual, en la que un familiar adulto mayor cuida a otro familiar adulto mayor que se ha convertido con el paso del tiempo en una persona totalmente dependiente, sin proyectos, en espera de que se le atienda como le gusta. Esta situación personal solía generarle emociones como enojo y tristeza, no por la persona dependiente, sino por su cuidadora que ha dejado toda su vida de lado para servir totalmente a su esposo. Con esto, supo que debía trabajar estas emociones y hacer algo para participar en las funciones de cuidado y restarle peso a la carga de la cuidadora que está sufriendo un desgaste muy notorio. Además sintió empatía al escuchar las dudas e inconformidades de los cuidadores que tenían en común y el hecho de desear un cambio en su propia situación la motivó para seguir con el taller e incluso a investigar más para coordinar futuros grupos con el mismo objetivo.

VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados que arrojó esta investigación representan datos interesantes acerca de la experiencia de los cuidadores de adultos mayores. Todos ellos eran personas que residían en la colonia Jardín Balbuena o en las colonias más próximas y que asistían frecuentemente a la clínica.

La mayoría de los participantes pertenecen al sector de población adulta mayor o estaban próximos a pertenecer a este; algunos de ellos ya padecían enfermedades crónico-degenerativas, como diabetes o hipertensión, es decir, son cuidadores con afecciones propias que cuidan a otros en igual o peor condición.

Esta información coincide con la publicación de OMS (2015), en donde afirma que mientras el número de adultos mayores aumenta, se incrementa también la aparición de enfermedades crónico-degenerativas.

Otro dato comprobado es que la mayoría de las enfermedades padecidas por los participantes y los adultos mayores a quienes cuidan fueron hasta ese momento la obesidad, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y el cáncer (Secretaría de Salud, 2001).

Los participantes (con una excepción), se presentaron como cuidadores informales, es decir, era familiares de adultos mayores no autónomos que asumen la responsabilidad de estos sin recibir remuneración alguna ni ser capacitados, tal y como se define en la literatura revisada (Espinoza & Jofre, 2012; Ribas, Castel, Escalada, Ugas, Grau & Magarolas, 2000 en López-Gila, Orueta-Sánchez, Gómez-Caro, Sánchez-Oropesa, Carmona-De la Morena, & Alonso-Moreno, 2009; Giraldo & Franco, 2006).

La excepción a lo anterior fue una mujer que se definió como una persona que cuida adultos mayores en el ámbito doméstico, ya capacitada, con experiencia y que recibe una paga por su trabajo, lo cual coincide con la definición de De Los Reyes (2001) de un cuidador formal.

En una publicación anterior, García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro (2004), expusieron el perfil típico del cuidador: una mujer, ama de casa, con un parentesco directo (por lo general, madre, hija o esposa) y que convive con la persona a la que cuida. Este perfil coincidió en el caso de este estudio ya que como se ha mencionado, 21 de 22 participantes eran mujeres, la mayoría amas de casa y en su mayoría esposas o hijas de las personas a quienes proporcionaban cuidado. Sin embargo también asistió un hombre que se encargaba de su madre, lo que demuestra que los varones no están exentos de realizar esta labor, por el contrario, mientras más adultos mayores existan, más personas tendrán que involucrarse en el área del cuidado.

Con respecto a la definición, función y características del cuidador en la evaluación inicial, la percepción de los participantes al taller, coincidió con la opinión de Ribas, Castel, Escalada, Ugas, Grau & Magarolas (2000 en López-Gila, Orueta-Sánchez, Gómez-Caro, Sánchez-Oropesa, Carmona-De la Morena & Alonso-Moreno, 2009), quien identifica a un cuidador informal dentro de la familia como alguien que se hace cargo de las necesidades de la persona adulta mayor, el que soporta una gran parte de la sobrecarga a todo nivel. Ellos se sentían con la responsabilidad de ayudar, soportar, apoyar, acompañar a su ser querido mostrando actitudes de preocupación, desvelo e interés por sobre todas las demás cosas, incluso sobre ellos mismos. Todo esto corresponde con la definición de cuidar de Boff (1999).

Para la evaluación final cambiaron las concepciones notablemente, pues en esta ocasión concebían al cuidador como un ser independiente cuya función es acompañar y apoyar a otro sin descuidar su vida, salud y proyectos propios. La compañía y la ayuda, son acciones que los hacen partícipes del envejecimiento de sus seres queridos tal y como exponen Quintanar, Flores, García y Sánchez (2011). Este cambio de ideología muestra un aprendizaje muy importante, debido a que ya no se asumen como personas atadas a la función de cuidar, sino que se empiezan a vislumbrar como personas con actividades y metas propias y a

reconocer la importancia de atenderse a sí mismos. Este reconocimiento representa un comienzo favorable para incrementar su calidad de vida.

Este último concepto fue aquí definido como el contar con elementos que permitan hacer frente los obstáculos presentes en la experiencia de cuidar. Fue claro que los participantes llegaron con el propósito de adquirir esos elementos pues tenían bastantes dudas y ansiedades que les dificultaban ser congruentes. Al finalizar el taller, como demuestran los resultados, los participantes contaban ya con conocimientos teóricos y prácticos que les servirían para afrontar los obstáculos presentes en su labor como cuidadores. La tarea que ellos tenían por delante, era utilizar precisamente esos elementos en su vida cotidiana.

En el aspecto emocional se analizaron varios detalles. En un primer momento, los participantes expresaron tener sentimientos variados, de los cuales la mayoría eran negativos. Estos aparecen, tal y como lo explican García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro (2004), debido a que son personas con un gran nivel de demandas y pocos recursos para controlar la situación; en este caso la responsabilidad de cuidar a otro.

El cuidar hace que los participantes se vean expuestos constantemente a una serie de situaciones estresantes que los pone en riesgo de padecer problemas emocionales como depresión y ansiedad, entre otros, tal y como ya se ha estudiado (Fernández-Hermida, Fernández-Sandonis & Fernández-Menéndez, 1990; Schulz, O'Brien, Bookwala & Fleissner, 1995, en López & Crespo, 2007; Yanguas, Leturia & Leturia, 2000; López-Gila, Orueta-Sánchez, Gómez-Caro, Sánchez-Oropesa, Carmona-De La Morena & Alonso-Moreno, 2009). En este sentido, es comprobable que el grupo de cuidadores mostró niveles de ansiedad más altos en la pre-evaluación que en la post-evaluación. Esto puede deberse a que en el taller encontraron un espacio para expresar su sentir y pensar, relajarse y compartir con otros que estaban en las mismas condiciones que ellos. Además, sesión con sesión, fueron apropiándose de aprendizajes importantes que les ayudaban a manejar su situación cotidiana, pero ellos eran quienes decidían realizar cambios o no.

Otra condición que afectaba el estado emocional de los participantes era la relación de codependencia que mantenían con el adulto mayor. Este último puede convertirse en una persona dependiente por razones ligadas a las limitaciones físicas, psíquicas o intelectuales como ya otros autores han mencionado (Consejo de Europa, en Lorenzo-Otero, Maseda-Rodríguez, & Millán-Calenti, 2008), lo cual genera situaciones conflictivas difíciles de manejar, pero también los cuidadores están en riesgo de volverse dependientes, pues la labor de cuidar y el adulto mayor de quien son responsables pueden transformarse en toda su vida, haciendo que se dejen de lado otras actividades como el descanso, la diversión e incluso su propia salud.

Aunado a esto, las frases escritas por los participantes indican que existen cargas *subjetiva* y *objetiva* (clasificadas así por García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004), debido a que, por una parte, la situación los impacta psicológicamente por las demandas recibidas y los sentimientos derivados de convivir con una persona mayor y/o enferma, y por otra, las difíciles tareas constantes tienen efectos concretos en su salud.

Considerando las concepciones anteriores y agregando el grado de ansiedad con el que llegaron al taller y las situaciones que enfrentan diariamente, es fácil sospechar que los participantes de esta investigación estaban en riesgo de sufrir el llamado “síndrome el cuidador quemado” (Shumacher, Stewart, Archbold & Dodd, 2000, en Cardozo, Escobar & Cuartas, 2015), por lo que el hecho de lograr disminuir los niveles de ansiedad y brindar estrategias para facilitar sus funciones, pudo ser de vital importancia.

Los cuidadores participantes tenían diferentes motivos para cuidar, tal y como proponen Quintanar, Flores, García y Sánchez (2011). Dichos motivos resultaron determinantes en la relación cuidador-cuidado y en el estado emocional de este último pues había quienes asumían la función porque no había nadie más que lo hiciera, porque no tenían otra opción, lo cual no los hacía sentir libres de tomar decisiones. Hubo pocos casos en los que la motivación fue altruista,

mientras que hubo bastantes en los que la reciprocidad y la culpa por situaciones del pasado representaban la principal razón de cuidar.

Respecto a los cuidados del cuidador, debe decirse que en un inicio, la mayoría de ellos no encontraba espacio o tiempo para su autocuidado, no se veían a sí mismos como personas merecedoras de atención integral. Prueba de ello son los resultados obtenidos en los temas del ejercicio y la alimentación, pues se muestra una clara diferencia cuando de ellos se trata y cuando se habla de sus pacientes.

Como demostraron los registros, los cuidadores ponían más atención a la alimentación del adulto mayor que a la de ellos, aunque ya los especialistas les habían recomendado una dieta especial. Resultaba difícil para ellos seguirla, pues elaborar dos menús distintos les resultaba casi imposible al grado de desencadenar largos periodos sin ingerir alimentos, la preparación de comidas simples, rápidas y poco nutritivas y la compra platillos ya elaborados. Esto ocasionaba que sus alimentos no fueran los correspondientes a su etapa y modo de la vida, lo cual a mediano y largo plazo tendrá implicaciones en su salud.

Algunas instituciones como el INAPAM (2010), proponen dar información acerca del autocuidado para un envejecimiento exitoso; evidentemente, no es suficiente la información sino también la autorreflexión de los obstáculos que se atraviesan en esta etapa de la vida.

Otro elemento importante es la actividad física. Los asistentes negaron contar con tiempo para ir a un gimnasio o un lugar a tomar una clase, otros realizaban actividades como lo son yoga, ciclismo o simplemente caminar. No propiciaban la actividad física por parte del adulto mayor debido al temor a que se lastimaran más y por ser una actividad muy complicada al existir dificultades en el movimiento, sobre todo si eran pacientes encamados.

Con la intervención se logró que reconocieran la importancia de alimentarse adecuadamente y de hacer ejercicio; asimismo obtuvieron información y ejemplos

sencillos de cómo alimentarse y activarse físicamente. Debido a que por falta de tiempo algunos participantes no pudieron recibir respuesta a sus dudas sobre el aspecto de la alimentación, se sugiere que para futuros trabajos, se amplíe el espacio para atender dicho tema que es de suma importancia.

Dentro del desarrollo del taller se develaron los obstáculos que no les permitían lograr una concordancia entre su pensar, sentir y actuar. Dentro de ellos se encuentran: el no contar con algunos conocimientos y el tipo de relación que mantienen con el adulto mayor, las cuales son situaciones difíciles de afrontar que les causan ansiedad. Para hacer frente a estos obstáculos fue necesario identificarlos para posteriormente construir alternativas de solución, como lo son el aprender técnicas y estrategias, conocer información confiable y practicar así como mantener una comunicación con el adulto mayor, aprender a negociar, a ser asertivos y a poner límites.

Acerca de su organización del tiempo, era deficiente pues todo estaba dedicado a sus pacientes al grado de que la mitad de los asistentes llegaron tarde a todas las sesiones del taller. Ellos aceptaron sentirse con falta de tiempo pues no les alcanzaba el día para realizar todo lo que deseaban, por ejemplo: ejercicio, preparar alimentos saludables, salir a distraerse, actividades recreativas, divertirse, conversar con amigos, ir de compras, etcétera. Por falta de tiempo, durante el taller no pudo profundizarse en este tema ni dar estrategias para organizar el tiempo; por ello se propone que futuros proyectos maximicen ese aspecto que es de gran relevancia.

Este obstáculo en la organización también provocaba que los cuidadores dejaran de pensar en sus metas personales y truncaran o pospusieran sus planes. Durante el taller se trabajó el tema del proyecto de vida aunque no hubo espacio para realizar dinámicas relacionadas. Claramente, esto no debe dejarse de lado en las próximas intervenciones pues el proyecto de vida no sólo da sentido al día a día de las personas sino que además alimenta la independencia y beneficia el estado emocional, por ello es una parte fundamental de la calidad de vida.

Otro resultado obtenido fue que los cuidadores reconocieron la relevancia de cuidarse a sí mismos, así que al finalizar cada una de las sesiones, se mostraron muy interesados en obtener citas con los especialistas, especialmente con la nutrióloga y la gerontóloga. Esto figura como un plan independiente a su función de cuidar a otro y al mismo tiempo como una medida de autocuidado.

Como parte de lo ambiental, a lo largo del taller se analizó la importancia del ambiente físico para el adulto mayor. Se identificaron componentes del ambiente esenciales para la salud emocional y se compartieron ideas para mejorarlo. Además se brindó información acerca de distintos tipos de materiales, aparatos e instrumentos, que sirven de apoyo para quienes cuidan la salud de otros. Se abordó la forma correcta de utilizar las agarraderas, tubos, ejercitadores, almohadillas, toallas, sábanas, masajeadores y artefactos para medir los signos vitales. Así se pretendió proporcionar herramientas facilitadoras para el cuidador.

Como parte del tema “relación con el adulto mayor”, se abordó lo propuesto por la Sociedad Española de Geratría y Gerontología (2013), acerca de procurar la participación de la persona cuidada, no sobreprotegerla ni hacer cosas que él mismo pueda hacer. La intención primordial era que los cuidadores propiciaran la independencia y la autonomía de los adultos mayores, aunque adicional a esto se obtuvieron cambios positivos en la actitud de ambas partes, lo cual benefició su relación.

Un reto biológico-físico que los cuidadores enfrentan, es la movilización de sus pacientes. Es bien sabido que la movilización de pacientes constituye uno de los principales factores de riesgo para las lesiones de espalda y, en muchos casos, ocasiona la fatiga física (Villarroya, 2012). Para afrontar esta situación, los participantes aprendieron la forma correcta de movilizar al adulto mayor encamado, ya sea para bañarlo, limpiarlo o simplemente cambiarlo de posición. El contar con este tipo de herramientas, facilitará su trabajo e incrementará su calidad de vida en la medida que al utilizarlas puedan prevenir graves daños a su cuerpo.

En lo que se refiere a la dinámica grupal, un análisis a lo ocurrido durante el taller demuestra que logró crearse un ECRO grupal pues los coordinadores utilizaron un lenguaje del que posteriormente los cuidadores se apropiaron y así se facilitó la comunicación. Sus discursos cambiaron pues pasaron del ser únicamente para expresar dudas e inconformidades al expresar sus proyectos, las opciones con las que contaban y para demostrar apoyo a otros, lo cual indica que encontraron una nueva red social.

La tarea se cumplió en el sentido de que los cuidadores conjuntaron su Sentir – Pensar – Actuar para tomar decisiones que incrementaran su calidad de vida. Esto significa que el aprendizaje fue significativo ya que se apropiaron de él para transformar su realidad.

Dentro del proceso grupal se develaron los miedos al ataque y a la pérdida (Pichón-Riviere, 1985, en Salvo 2007) por las condiciones diarias con las que vivían y por los cambios que se estaban efectuando. Sin embargo la tarea que se propuso en el taller fomentó que los participantes pudieran identificar esos miedos y obstáculos que les impedían realizar un cambio en su vida para después construir sus propias armas para afrontarlos.

Al abarcar las temáticas seleccionadas, que los cuidadores identificaran y trabajaran sus obstáculos epistemológicos y al mismo tiempo los epistemofílicos. Además, ellos pudieron crear y fortalecer una red de apoyo conformada por personas que los podrían escuchar y acompañar durante este proceso. En algunos casos, existían obstáculos que debían tratarse más profundamente, por lo que ciertos participantes solicitaron atención psicológica individualizada.

Se presentaron seis casos sobresalientes del grupo que pueden analizarse en otro estudio con mayor profundidad:

-Un hombre de alrededor de 50 años que vivía con su mamá decía estar muy atento a sus demandas, propiciar su bienestar por el afecto que sentía hacia ella, cuidarla y acompañarla. Escuchando su discurso puede entenderse que lo hace porque no ha formado una familia propia, no tiene hermanos ni ningún otro

familiar que asuma la responsabilidad. Esto pone en duda si él la acompaña a ella o si es él quien necesita compañía, un lugar donde vivir y proyectos propios

-Una mujer de 60 años que cuida a su madre de más de 80 años. Aunque ella desea el bienestar de su madre, reconoce que no tiene las capacidades para continuar haciéndolo porque se siente muy agotada y no sabe cómo lidiar con la actitud obstinada de su madre. Es claro que siente respeto hacia ella y que la madre aun tiene autoridad sobre ella, por lo que la relación se va dificultando al no ser recíproca y horizontal. El desgaste físico de esta mujer es visible y pone en duda si a corto plazo podrá seguir brindando cuidados o si los demandará, generando una cadena interminable.

-La madre de una de las cuidadoras, quien era la receptora de cuidados, falleció en las últimas sesiones del taller. La hija, persona de 40 años aproximadamente, casada y con hijos, siguió acudiendo, lo cual indica que no asistía únicamente para saber cuidar específicamente a su madre, sino que encontró en el taller algo más que la hizo regresar y seguir el proceso hasta el final. Probablemente construyó una red de apoyo emocional, o una distracción, asimismo su formación quizá impactó en otros aspectos de su vida de modo que aunque no continuara siendo cuidadora, obtuvo aprendizajes importantes aplicables a su vida cotidiana.

-Una mujer mayor se presentó como cuidadora formal que asistía para aprender más pero que intentaba liderar al grupo utilizando sus conocimientos y experiencias para enseñar a los demás algunas prácticas de cuidado.

-Finalmente, una mujer mayor que explicó no cuidar a ningún familiar, sin embargo disfrutaba brindar apoyo a otros altruistamente. Ella no tenía familiares cercanos, por lo que esta condición le permite sentirse útil, acompañada y con proyectos.

Aunque con base en los resultados obtenidos puede decirse que el objetivo se cumplió, la intervención aquí presentada tuvo algunas limitaciones: 1) la falta de tiempo para propiciar uno de los elementos más importantes desde esta

perspectiva: el análisis y 2) el enfoque con la que los profesionales de la salud (enfermeras, médica, odontólogo y nutrióloga) suelen abordar los temas en grupo.

La primera limitación puede resolverse en futuros proyectos si se alarga la duración del taller y planificando sesiones en donde la parte central sea el análisis y la reflexión por parte de los participantes. La solución a la segunda limitación podría resultar más compleja debido a que los especialistas de otras disciplinas suelen trabajar fungiendo como líderes, maestros, poseedores del conocimiento y resulta difícil cambiar la ideología que existe detrás de eso. Sin embargo, la función del psicólogo debe ser precisamente la de intervenir siempre que sea necesario para generar los tiempos de discusión y análisis en los que lo inconsciente se hará consciente.

Al desarrollarse la investigación en un espacio institucionalizado gubernamental, las actividades deben adaptarse a las condiciones ya establecidas, como las pequeñas áreas destinadas al trabajo colectivo, los tiempos disponibles, los materiales e infraestructura.

Lo mismo ocurrió con los especialistas, en cuyo caso se observó poca disponibilidad de tiempo, uso de métodos tradicionalistas para brindar información a los derechohabiente, poca disposición para trabajar en equipo y para dar seguimiento a los participantes. Con relación al tiempo que dura un taller, es importante adecuarlo a las necesidades de la población, aspecto que en este caso estuvo más en función de las actividades agendadas en la clínica.

Esto influyó en el grupo, pues en un inicio no había suficiente espacio para los 45 asistentes, motivo por el cual algunos pudieron haber desertado resultando sólo 22 los que concluyeron el taller. Además de esta razón, posiblemente dejaron de asistir porque no encontraron en el taller lo que ellos estaban buscando, lo que realmente les interesaba, lo cual podría ser trabajar su problemática particular y ninguna otra cosa.

El tiempo, que fue una condición limitada, en la mayoría de las sesiones fue insuficiente para terminar un tema y aclarar todas las dudas, por lo que muchos

cuidadores no participaron, lo cual dificultó la evaluación del proceso. De haber tenido tiempo suficiente para escuchar las ansiedades y los progresos de cada uno de ellos, la dinámica grupal se habría enriquecido.

Aunque la tarea colectiva se cumplió, lo cierto es que hubo casos excepcionales. En cuatro cuidadores, el nivel de ansiedad reportado en los resultados de la Escala de Ansiedad indicó un incremento en el puntaje inicial y en un participante se mantuvo igual. En esta situación pudieron haber influido múltiples factores de la vida cotidiana que para este estudio no fueron considerados, tales como la situación económica, las tareas domésticas o laborales, los conflictos en otras relaciones sociales.

En otros casos, era notorio que aunque los cuidadores no faltaban al taller, no aplicaban lo trabajado en su vida cotidiana por diversos motivos, se jactaban de no tener tiempo suficiente para hacer todas las actividades planeadas, de haberse olvidado de ello, de la poca disposición de la persona dependiente, etcétera.

En las situaciones en las que los cuidadores aparentemente buscan herramientas que les faciliten su labor, nos topamos con las contradicciones y las bastas justificaciones que crean para no cambiar nada en lo cotidiano, lo cual nos demuestra que la cultura en la que estamos insertos nos forma para quejarnos de nuestra situación actual y esperar a que se resuelva sin actuar ni esforzarnos, postergando la toma de decisiones y alargando la insatisfacción. Esta forma de pensar indica que no queremos hacernos responsables de nosotros mismos, lo cual dificulta el goce de una vida de calidad.

Se sugiere que en futuros estudios, sean evaluadas y analizadas ciertas determinantes sociales, como las condiciones de vida de los cuidadores que incluyen aspectos como el dónde viven, cómo viven, situación económica, tiempo y medio de traslado.

La investigación-acción resultó para este estudio una metodología adecuada debido a la facilidad para adaptar las intervenciones a los resultados obtenidos anteriormente. En lo que respecta a la teoría de la operatividad grupal,

se necesitó invertir mucho tiempo y esfuerzo para entenderla y manejarla, por lo que quizá algunos elementos de la dinámica grupal fueron dejados de lado en un inicio. Como alternativa, se sugiere que para trabajos de este tipo se utilicen herramientas para guardar información que puede ser analizada a detalle más tarde, tales como las videograbaciones, audio-grabaciones, fotografías y registros anecdóticos.

Dado que el taller es un proceso de cambios, resulta difícil identificar todos los elementos presentes en un mismo tiempo y espacio, por lo que es necesario que los coordinadores cuenten con una vasta experiencia. Además, dentro de la dinámica, también las subjetividades de los coordinadores juegan un papel importante, por lo que es necesario un trabajo individual y constante sobre los miedos y ansiedades del coordinador.

De esta manera, se concluye que el taller multidisciplinario es una estrategia idónea para incidir en la problemática expuesta que arroja resultados beneficiosos para cuidador-cuidado y propicia un incremento en la calidad de vida de ambos, ya que la formación integral del cuidador se ve reflejada en las decisiones que toma con respecto a su función y por tanto afectarán positivamente al adulto mayor que requiere cuidados.

Sin embargo, ¿cuánto tiempo se mantiene la calidad de vida del cuidador una vez finalizada la intervención? Para averiguarlo tendrían que realizarse estudios de seguimiento, pues probablemente, los cambios favorables sólo duren durante los primeros días después del taller. Una vez evaluada esta situación podrían desarrollarse medidas para intervenir.

El presente trabajo fue innovador en el sentido de que no solo proporcionó información a un grupo de cuidadores como ya se había hecho anteriormente (Píriz, 1997; Márquez, 1997; Biurrun 2003; Fernández; 2003, en Torres, Ballesteros & Sánchez, 2008; Pérez-Manzano, Rodríguez-Peña, Sánchez-Márquez, Ávila-Rodríguez & Cebrián-Álvarez, 2015), sino que para ello previamente existió toda una planeación y un trabajo en conjunto con un equipo

multidisciplinario conformado por distintos especialistas para lograr una *formación* integral de los cuidadores. La metodología seguida, a diferencia de otras, es el punto de unión de la investigación-acción, la operatividad grupal y el trabajo interdisciplinario.

Dar continuidad a este tipo de investigaciones dirigidas a la población de cuidadores, no sólo proporcionará más información a nuestra disciplina, sino que beneficiará a este vulnerable grupo que en muy pocas ocasiones cuenta con espacios de atención, apoyo y formación. La indiferencia y apatía ante esta problemática social afecta desfavorablemente su salud integral, lo cual los aleja cada vez más de vivir una vida de calidad.

VIII. REFERENCIAS

- Aguado, I. (2012). Puntualizaciones acerca de la Psicología Social desde el psicoanálisis. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 15(1). Recuperado de: www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/30943/28670
- Álvarez-Casado, E., Hernández-Soto, A. y Rayo-García, V. (2010). El riesgo asociado a la movilización de pacientes. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 67, 26-29. Recuperado de: <http://upcommons.upc.edu/handle/2117/12223>
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México. Paidós Educador.
- Amérigo, M., García, J. M. y Sánchez, T. (2013). Actitudes y comportamiento hacia el medio ambiente natural. Salud medioambiental y bienestar emocional. *Universitas Psychologica*, 12(3), 845-856. Recuperado de: revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/download/1733/5807
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Arrollo, M.C. (2011). Sentirse “una carga” en la vejez: ¿realidad construida o inventada?, *Revista Kairós Gerontología*, 14(6), 5-29. Recuperado de: <http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/publicaciones.html>
- Báez-Hernández, F.J., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L. y Medina-López, O. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*, 9(2), 127-134. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74112142002.pdf>
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar*. Disponible en: <http://www.rumbosostenible.com/wp-content/uploads/Saber-Cuidar-Libro-de-Leonardo-Boff.pdf>

- Burgos-Garrido, P., Figueroa-Rodríguez, V., Fuentes-Verdugo, M., Quijada-Hernández, I. y Espinoza-Lavoz, E. (2008). Caracterización y nivel de conocimiento del cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al Centro de Salud Violeta Parra-Chillán. *Theoria*, 17(2), 7-14,
- Buzzaqui, A. (1998). *El "Grupo Operativo" de Enrique Pichón-Riviere. Análisis y Crítica*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/cps/ucm-t23006.pdf>
- Calvillo-Cortés, A. B. (2010). *Luz y Emociones: Estudio sobre La Influencia de la Iluminación Urbana en las Emociones; tomando como base el Diseño Emocional*. (Tesis Doctoral). Universidad Politécnica de Catalunya. Barcelona, España. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/6138/TABCC1de1.pdf?sequence=1>
- Cardona A., y Agudelo G. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79-90. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023108>
- Cardona, D., Segura Cardona, Á. M., Berbesí Fernández, D. Y., Ordoñez Molina, J. y Agudelo Martínez, A. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investigaciones Andina*, 13(22), 178-193. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239019304007>
- Cardozo-García, Y., Escobar-Ciro, C. L. y Cuartas, P. A. (2015). Interacción del personal de enfermería con el cuidador familiar en el ámbito hospitalario. *Investigaciones Andina*, 17(30), 1224-1237. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239035878007>
- Cardozo, Y., Escobar, C. y Cuartas, P. (2015). Interacción del personal de enfermería con el cuidador familiar en el ámbito hospitalario. *Andina*, 17(30), 1224-1237. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239035878007>

- Carlín, M. y Garcés, E. (2010.) El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 26(1), 169-180. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf
- Cedrés-De Bello, S. (2000). Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios. *Revista de la Facultad de Medicina*, 23(2), 93-97. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/dgiem/cendoc/pdfs/HUMANIZACI%C3%93N%20Y%20CALIDAD%20DE%20LOS%20AMBIENTES%20HOSPITALARIOS.pdf>
- Cerquera, A., & Pabón, D. (2014). Intervención en cuidadores informales de pacientes con demencia en Colombia: Una revisión. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 73-81. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297232756005>
- Colmenares, A. y Piñero, M. (2008). La Investigación Acción. Una herramienta metodológica heurística para la comprensión y transformación de realidades y prácticas socio-educativas. *Laurus*, 14(27), 96-114. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/761/76111892006.pdf>
- Consejo Nacional de Población. (2013). *Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030*. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15_Cuadernillo_Mexico.pdf
- Consejo Nacional de Población. (2013). *Proyecciones de la Población de México 2010-2050*. Recuperado de: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- Corrales, S. (2005). El rol del coordinador en los grupos operativos. *Revista Electrónica de Psicología Social*, 9. Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/473/448>

- Crespo, M. y Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31(1) 19-27. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16732936003>
- De Los Reyes, M.C. (2001). Construyendo El Concepto Cuidador De Ancianos. IV Reunion De Antropologia Do Mercosul. *Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur*. Recuperado de: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brazil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>
- Díaz-Álvarez, J. y Rojas-Martínez, M. (2009). Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. *Aquichan*, 9(1), 73-92. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74111465008>
- Domínguez-Sosa, G.; Zavala-González, M.E. De la Cruz-Méndez, D.C. y Ramírez-Ramírez, M.O. (2008). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas. *Revista de los estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 23, 28-37. Recuperado de: <http://www.medicasuis.org/anteriores/volumen23.1/doc5.pdf>
- Durán, M. y Lara M. (2001) Teorías de la Psicología Social. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 2 (2), 23-44. Recuperado de: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen1_numero2/articulo_2.pdf
- EducarChile. (2012). Conceptos sobre la valoración de signos vitales, procedimiento de signos vitales y Glucotest. *Serie guías Minsal*. Recuperado de: http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/Image/portal/ODAS_TP/Materiales_para_odas_2012/3%20Cuidados%20adulto%20mayor/ODA%2016%20Actividades%20recreativas/LA%20VALORACION%20SIGNOS%20VITALES.pdf

- Enríquez, R., (2014) Feminización y colectivización del cuidado a la vejez en México. *Cadernos de Pesquisa*, 44(152), 378-399. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742014000200008&script=sci_abstract&tlng=es
- Espín, A., Leyva, B., Vega, E., Simón, M.J., Arencibia, H., Ochoa, J., Rodríguez, L., García, M., López, M.B., Diéguez, R. y Suárez, Z. (2015). *¿Cómo cuidar mejor? Manual para cuidadores de personas dependientes*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/como_cuidar_mejor.pdf
- Espinoza, K. y Jofre, V. (2012) Sobrecarga, Apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y Enfermería*, 18(2), 23-30.
- Faur, P. (2005). ¿Quién cuida a los que cuidan? Codependencia y sobrecarga en familiares de enfermos crónicos. *Revista Argentina de ALZHEIMER y otros trastornos cognitivos* (6), 26- 31. Recuperado de: http://www.patriciafaur.com.ar/revista_alzheimer6.PDF
- Félix-Alemán, A. (2012). *Significado de cuidar para el cuidador familiar de adultos mayores dependientes en Matamoros Tamaulipas, México: una perspectiva de género*. (Tesis doctoral) Universidad Alicante, España. Recuperada de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/27875/1/Tesis_Felix_Aleman.pdf
- Fernández-De Larrinoa, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J. y Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga, *Psicothema* 23(3), 388-393. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3899>
- Fernandez-Hermida, J. R., Fernandez-Sandonis, J., Fernandez-Menendez, M. (1990). Factores que influyen en la tolerancia familiar hacia los pacientes ancianos demenciados, *Psicothema*, 2(1), 25-35. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72702102.pdf>
- Fernández-Lansac, V. y Crespo, M. (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno

Familiar: Una Revisión. *Clínica y Salud*. 22(1), 21-40. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v22n1/v22n1a02.pdf>

Fernández, T. y Rodríguez, M.S. Stolkiner, A. (2013). Las prácticas de cuidado en la vejez desde la perspectiva relacional: el vínculo entre los cuidadores formales y los adultos mayores. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Recuperado de: <http://www.aacademica.org/000-054/289.pdf>

Flores, M. E. y García, J. L. (1996). *Apuntes para la coordinación de talleres*. Colegio de Bachilleres del Estado de Michoacán. México.

Flores, V. y Mariña, A. (2001). *Crítica de la globalidad*. México. Fondo de Cultura Económica.

Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo. Obras completas*. Argentina. Amorrutu.

Fundación Eroski. (2005). *Adaptaciones del entorno. Eroski Consumer*. Recuperado de: http://mayores.consumer.es/documentos/mayores/adaptaciones/como_adaptar.ph

García-Calvente, M. M., Mateo-Rodríguez, I. y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*, 18(2), 83-92. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv18s2/revision9.pdf>

García, J. y Pulgar, N. (2010). Globalización: aspectos políticos, económicos y sociales. *Revista de Ciencias Sociales*, 16(4), 721-726. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182010000400014

- García, M. (2013). *Manual de ejercicio físico para personas de edad avanzada*. Disponible en: <http://www.bizkaia.net/home2/archivos/DPTO4/Temas/manual-cast-ultima.pdf?idioma=CA>
- Giraldo, C. y Franco, G. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Aquichan*, 6(1), 38-56. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74160106>
- Gómez-Barrera, J. y Ruiz-Martínez, A. (2014). *Programa de intervención psicológica para cuidadores primarios de enfermos crónicos en la comunidad de Apaxco, Edo. México*. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/21850>
- Gómez, G. (2010). Investigación-Acción: Una metodología del docente para el docente. *ReLingüística Aplicada*, 7. Recuperado de: http://relinguistica.azc.uam.mx/no007/no07_art05.pdf
- González-Méndez, L. S. (2014). Trabajo de cuidado y vejez: condiciones laborales, dinámicas organizacionales y devaluación social. *Trabajos de Grado Cider*, 29, 1-92. Recuperado de: http://cider.uniandes.edu.co/@Publicaciones/documentos/CuidadoVejez_fin_aL_25ago2014.pdf
- Heredia, L. F. (2006). Ejercicio físico y deporte en los adultos mayores. *Geroinfo. Publicación de gerontología y geriatría*, 1(4). Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/ejercicio_fisico_y_deporte_en_los_adultos_mayores.pdf
- Herzog, T. R. y Strevey, S. J. (2008). Contact with nature, sense of humor, and psychological well-being. *Environment & Behavior*, 40(6), 747-776.
- Instituto de Capacitación para el Trabajo de la Ciudad de México. (2015). *Manual Curso de Cuidadores de persona Adulta mayor*. México.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2013). *Anuario Estadístico ISSSTE*. Recuperado de: <http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/mdir-inst-finanzas-anuarios-anos/100-instituto/finanzas/2356-dir-finanzas-anuarios-capitulos1-2013>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto. *Guía de Práctica Clínica*. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/104_GPC_Ulcpresionintraosp/ULCERAS_INTRAHOSP_EVR_CENETEC.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2005). *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. Recuperado de: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/producto_s/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2012). *Estadísticas de mortalidad, 2012*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/registros/vitales/mortalidad/>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2012). *Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/elcos/default.aspx>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2014). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre)*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2013). *2 De Noviembre, Día De Muertos*. Recuperado de:

http://seieg.iplaneg.net/seieg/doc/EAP_DIA_DE_MUERTOS_2013_MEDIO_S_1383078435.pdf

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2010). *Por una cultura de envejecimiento*. Capítulo 1. México. Cultura del envejecimiento.

Jacobo, M. (2012). Psicología social y de grupos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1345-1355. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/34741/31668>

Kember D. y Glow L. (1992). Action reserch as a form of staff development in Higher Education. Traducción Lafourcade, P. Recuperado de: http://ipes.anep.edu.uy/documentos/libre_asis/materiales/Investigacion%20accion.pdf

Landázuri, A. M. y Mercado, S. (2004). Algunos factores físicos y psicológicos relacionados con la habitabilidad interna de la vivienda. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 5(1y2), 89-113. Recuperado de: https://mach.webs.ull.es/PDFS/Vol5_1y2/VOL_5_1y2_e.pdf

Lara, L. Díaz, M. Herrera, E. y Silveira, P. (2001). Síndrome del "Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería*, 17(2), 117-111. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192001000200007

Larios-Saldaña, M. A. y Herrera-Herrera, R. D. (2009). Categorías de un modelo andragógico para los cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Enfermería Universitaria*, 6(4), 26-31. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/29902/27799>

López-Gila, M. J., Orueta-Sánchez, R., Gómez-Caro, Sánchez-Oropesa, A., Carmona-De la Morena, J. y Alonso-Moreno, F. J. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y

- su Salud. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 2(7), 332-339. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n7/original3.pdf>
- López, J. y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19(1), 72-80. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3330.pdf>
- López-Márquez, N.G. (2013). Calidad de vida de cuidadores primarios de pacientes con discapacidad dependiente, del CRIT Chihuahua. *TecnoCiencia Chihuahua*, 7(3). 139-151. Recuperado de: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/872/Art_LopezMarquezNG_CalidadVidaCuidadores_2013.pdf?sequence=1
- López, M., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona de la Morena, J. y Alonso, F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica Médica Familiar*, 2(7), 332-339. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n7/original3.pdf>
- Lorenzo-Otero, T., Maseda-Rodríguez, A. y Millán-Calenti, J. C. (2008). La dependencia en las personas mayores: Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat. *Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias*. Recuperado de: http://gerontologia.udc.es/librosL/pdf/la_dependencia_en_las_personas_mayores.pdf
- Lozano-Poveda, D. (2011). Concepción De vejez: entre la biología y la cultura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(2), 89-100. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145222559006>
- Martínez, C., Peláez, V., Pablo, R., Castillo, L., Orea, A. y Domínguez, B. (2012). Sobrecarga percibida del cuidador primario informal y capacidad funcional de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Psicología Latinoamericana: experiencias, desafíos y compromisos sociales*. 317-323.

- Martínez, M. (2009). Ambiente y Vejez. *Revista Digital, Innovación y experiencias educativas*, 24. Recuperado de: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_24/M_%20PAZ_%20%20MARTINEZ%20PARADINAS_1.pdf
- Millán-Méndez, I. (2010). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(4), 222-234. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007
- MINDSALUD. (2014). *Prevención Úlceras por Presión*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulceras-por-presion.pdf>
- Moreno, J., Arango-Lasprilla, J. y Rogers, H. (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. *Psicología desde el Caribe*, 26, 1-35. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21319039002>
- Morales, J. y Moya, M. (2000). *Psicología Social*. México. McGrawHill. Capítulo 1. Definición de Psicología Social. Recuperado de: <http://wdb.ugr.es/~psocial/wp-content/uploads/A2641114.pdf>
- Muela-Martínez, J. A., Torres-Colmenero, C. J. & Peláez-Peláez, E. M. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 18(2), 319-331. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16718209>
- Núñez-Rojas, A. C., Tobón, S., Arias-Henao, D., Hidalgo-Rasmussen, C.A., Santoyo-Téllez, F., Hidalgo-San Martín, A. y Rasmussen-Cruz, B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en psicología*, 13, 11-32. Recuperado de: <http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectiv>

[as_psicologia/html/revistas_contenido/revista13/Calidad_de%20vida_salud_y_factores_psicologicos_asociados.pdf](#)

Observatorio de Hidratación y Salud, (2015). *Hidratación en las personas mayores*. Recuperado

de: http://www.hidratacionysalud.es/estudios/rev_mayores.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *La salud mental y los adultos mayores*.

Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Enfermedades crónicas*. Recuperado

de: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Organización Mundial de la Salud. (2016). Datos interesantes acerca del

envejecimiento. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Ortega-Andeane, P., Irepan-Aguilar, M., Cantú de León, D. y Estrada-Rodríguez,

C. (2010). Modelo de privacidad en pacientes con cáncer. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 91-98. Recuperado de: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/RLMC/article/view/26>

Pavlosky, E., Frydlewsky, L. y Kesselman, H. (1976). Las escenas temidas del

coordinador de grupos. *Clínica y Análisis Grupal*, 1 (1) 1-9. Recuperado de: <http://www.imagoclinica.com/pdf/Lasescenastemidasdeuncoordinadordegrupos.pdf>

Pérez, E. (2013). *Auxiliar de enfermería*. México. McGraw Hill. Recuperado de:

<http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448177002.pdf>

Pérez-Manzano, J. L., Rodríguez-Peña, Y., Sánchez-Márquez, A., Ávila-

Rodríguez, A. y Cebrián-Álvarez, J. (2015). Intervención educativa en cuidadores de adultos mayores encamados en el hogar. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 40(1), 1-6. Recuperado de:

<http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/109/184>

- Pichón-Riviere, E. (1985). *El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social*. Argentina. Nueva Visión.
- Quintanar, F., Flores, M.E., García, C.J. y Sánchez, R. (2011). *Apoyo psicogerontológico en la atención del adulto mayor. Estrategias para cuidadores*. México. UNAM.
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M.P. y Hernández, M.T. (2009). *Revista de Educación y Desarrollo*, 11. Recuperado de: http://www.psicogeriatría.net/app/download/4629723760/Aportes_para_una_conceptualizacion_de_la_vejez.pdf.
- Rivera, H., Dávila, R., 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. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47317815006>
- Rodríguez, S., Herráiz, N., Prieto, M., Martínez, M., Picazo, M., Castro, I., Bernal S. y Murillo, F. (2011). *Investigación-Acción*. Recuperado de: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Inv_accion_trabajo.pdf
- Ruiz- Ríos, A. E. y Nava-Galán, M. G. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica*. 11(3), 163-169. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
- Ryan, R. M., Weinstein, N., Bernstein, J., Brown, K. W., Mistretta, L. y Gagné, M. (2010). Vitalizing effects of being outdoors and in nature. *Journal of Environmental Psychology*, 30(2), 159-168.
- Salas-Delgado, A. (2015). Sobrecarga del cuidador principal como factor de riesgo para caídas en pacientes geriátricos. *Salud pública de México*. 57(3). 198-199. Recuperado de:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000300006

Salas, P. (2006). La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. *Cultura de los cuidados*, 10(19), 73-78. Recuperado de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/970>

Salvo, J. (2007). *Psicología Social. Enrique Pichón Riviere (Junio de 1907 - Julio de 1977)*. Recuperado de: http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias_enrique.pdf

Sapag, J. C., Lange, I., Campos, S., Piette, J. D. (2010). Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 27(1). 1–9. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n1/01.pdf>

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. 9(2), 9-21. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002

Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción: Atención al Envejecimiento*. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>

Serrano-Ríos, M., Cervera-Ral, P. López-Nomdedeu, C., Ribera-Casado, J. M. y Sastre-Gallego, A. (2010). *Guía de alimentación para personas mayores*. Recuperado de: <http://www.institutodanone.es/cas/GuiaAlimentacion.pdf>

Siles-González, J. y Solano-Ruiz, C. (2007). El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 6(21). Recuperado de: <http://www.index-f.com/cultura/21pdf/21-19-0909.pdf>

- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). (2005). *Plan Nacional Gerontológico, Sistema Nacional DIF*.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2013). *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores*. Madrid, España. Recuperado de: <https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/CentrosDia/>
- Suriá, R. (2010). *Psicología Social (Sociología). Curso 2010/1*. Recuperado de: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14284/1/TEMA%201.%20CONCEPTO%20Y%20TRAYECTORIA%20DE%20LA%20PSICOLOG%C3%8DA%20SOCIAL..pdf>
- Torres, M. P., Ballesteros, E. y Sánchez, P.D. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *GEROKOMOS*, 19(1), 9-15. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n1/rincon1.pdf>
- Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. (UAM-X.) (1997). La marca de Lewin en grupos e instituciones. Cuadernos del TIPI 5. *CSH, Depto. de Educación y Comunicación*. Capítulo II Lewin y el grupo operativo. México Recuperado de: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/capitulos/49-1673iyI.pdf
- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1),61-71. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
- Vargas, L. (2012). Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer, *Aquichan*, 12(1), 62-76. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124091007>
- Vargas-Marcos, F. (2005). La contaminación ambiental como factor determinante de la salud. *Revista Española Salud Pública*, 79, 117-127. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v79n2/v79n2a01.pdf>

- Velásquez, V., López, L., López, H., Cataño, N. y Muñoz, E. (2011). Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Revista De Salud Pública*, 13(4), 610-619. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n4/v13n4a06.pdf>
- Vidal, M. y Rivera, N. (2007). Investigación-Acción. *Educación Media Superior*. 21(4). 1-15. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v21n4/ems12407.pdf>
- Villarroya, A. (2012). Movilización de pacientes: Evaluación del riesgo. Método MAPO. *Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral*. Recuperado de: http://traballo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/FP_31_Manipulacixn_manual_de_pacientes_Mxtodo_MAPO_def_castel_xn.pdf
- Wisdem (2011). *Diseño Ambiental y Demencia*. Documento de Debate: Madrid. Recuperado de: http://www.wisdem.org/sites/default/files/manifestos/disen_ambiental_manifesto.pdf
- Yanguas, J. J., Leturia, F. J., y Leturia, M. (2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del psicólogo*, 76. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=836>
- Zamorano, C., De Alba, M., Capron, G. y González, S. (2012). Ser viejo en una metrópoli segregada: Adultos mayores en la ciudad de México. *Nueva antropología*, 25 (76), 83-102. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15924294005>

Anexos



Anexo 1. Carta descriptiva.

ISSSTE
DELEGACION REGIONAL ORIENTE
C. M. F. BALBUENA
MODULO DE GERONTOLOGIA

CARTA DESCRIPTIVA "CLUB DE CUIDADORES"

Lugar: Aula de la Clínica

OBJETIVO GENERAL: Reconocer, analizar y reflexionar los obstáculos que los cuidadores enfrentan en su función para construir estrategias biopsicosociales que incidan favorablemente en su calidad de vida.

SUPERVISION: LTS: Laura Nuricumbo, Brindis y LTS: María Rita Méndez De Luna.

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO:

Psicología: Lic. Estela Flores Ortiz, Pamela Saldaña Romero, Jazmín Cruz Mondragón, Nancy Anayeli Maya Huerta y Rosalba Valdez Rangel.
 Medicina: Dra. Andrea Lucio Alba
 Enfermería: Enf. Leonor Domínguez Bautista y Cecilia América Munguía Hernández
 Nutrición: Dña. Mireya Alejandra Vilchis Pérez
 Activación Física: Lic. Daniel Romo Sánchez
 Odontología: C.D. Carlos Bustamante

SESION	FECHA	HORA	TEMA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	TÉCNICA DIDACTICA	MATERIAL DIDACTICO	PONENTE
1	FEB 12	9:00 11:00	Bienvenida, presentación y diagnóstico de necesidades	Presentar al equipo multidisciplinario Realizar evaluación inicial Que los participantes se presenten, expongan sus necesidades y contesten las evaluaciones iniciales.	Exposición Trabajo en equipos	Tarjetas y plumones Hojas blancas cuestionarios Crayolas	Dra. Andrea Lucio Alba Lic. Estela Flores Ortiz Enf. Leonor Domínguez T.S. Laura Nuricumbo Pamela Saldaña

4	MARZO 05	9:00 10:00	1.Actividad física 2. El estado emocional del cuidador	Análisis la importancia del ejercicio físico en la vejez Que los participantes conozcan las principales emociones y expresen su estado emocional y el del adulto mayor.	Ejercicios físicos Plenaria Escribiendo mis emociones	Diversos Hojas de colores	Lic. Daniel Romo S. Lic. Estela Flores y Cruz Mondragón Jazmin, Saldaña Romero Pamela, Nancy Maya Huerta y Rosalba Valdez Rangel.
5	MARZO 12	9:00 9:20 11:00	Actividad ocupacionales 1. Acciones para favorecer la salud física del adulto mayor. Signos vitales: temperatura, presión, glucosa. 2. Importancia de la administración oportuna de los medicamentos 3. La bitácora	Conocer algunos ejercicios que favorezcan la calidad de vida del cuidador-paciente 1. Aprender a manejar los principales indicadores de salud en la tercera edad. 2. Conocer la importancia de la administración oportuna de los medicamentos. 3. Comprender la importancia del control de signos y medicamentos a través de la bitácora.	Actividades Exposición Ejercicios prácticos	Diversos Computadora Y Video proyector Baumanómetro. Glucómetro Termómetro de Formato de bitácora	Enf. Cecilia América Munguía Hernández Dra. Andrea Lucio Enf. Leonor Domínguez
6	MARZO 19	9:00 9:20 11:00	1. Actividad física 2. Estado emocional del adulto mayor y su relación con la familia	Aprender ejercicios físicos. 2. Conocer y analizar: a. El estado emocional de en la tercera edad y del cuidador. b. La dinámica familiar que vive el adulto mayor y las repercusiones en su estado	Ejercicios físicos Exposición	Plumones Hojas Blancas Computadora y proyector	Lic. Daniel Romo S. Lic. Ma. Estela Flores

				emocional. c. <u>Importancia</u> de la intervención del cuidador para la estabilidad emocional del paciente. d. Conocer los elementos básicos para establecer una relación favorable.	Trabajo en equipo. Plenaria		
7	MARZO 26	9:00 9:30 11:00	1. La dieta adecuada 2. Salud Bucal del adulto mayor	1. Analizar los avances en torno a la alimentación 2. Que conozcan la importancia de la salud bucal	Exposición Exposición	Bitácora	DTTA, Mireya Alejandra Vilchis Pérez C. D. Carlos Bustamante
8	ABRIL 09	9:00 9:30 11:00	1. Actividades ocupacionales 2. Importancia del aseo y la higiene en el adulto mayor	1. Conocer actividades ocupacionales que favorezcan la coordinación motriz del cuidador-adulto mayor. 2. Reflexionar acerca de la importancia de la higiene y el aseo del adulto mayor. Conocer estrategias de aseo corporal.	Collar de sopa Exposición Práctica	Diversos Computadora Y cañón	Enf. Cecilia America Munguía Hernández Enf. Leonor Dominguez
9	ABRIL 23	9:00 9:20	1. Higiene postural	1. Aprender posturas correctas que favorezcan la condición corporal de los pacientes y sus cuidadores. 2. Practicar algunos	Ejercicios físicos	Diversos	Lic. Daniel Romo S.

12	MAYO 07	9:00 9:30 11:00	3. Aplicar instrumentos para la post-evaluación. 1. Organización de un plan de actividades 2. Resultados de evaluaciones. 3. Entrega de reconocimientos. 4. Cierre del taller.	1. Elaborar un plan de actividades	Evaluación escrita Plan de trabajo Conclusiones Clausura oficial	Cuestionarios Cuadro de resultados de evaluaciones. Constancias	Hernández Dra. Andrea Lucio Lic. Ma. Estela Flores, Pamela Saldaña Romero, Jazmin Cruz Mondragon, Nancy Maya Huerta y Rosalba Valdez Rangel. Enf. Leonor Domínguez T.S. Laura Nuricumbo

AUTORIZAN:

DR. JOSE ÁNGEL SORIA GUERRERO
DIRECTOR

DRA. HILDA MARTHA RODEA FUENTES
COORDINADORA MEDICA

LT.S. LAURA NURICUMBO BRINDIS
RESPONSABLE DE TRABAJO SOCIAL

Anexo 2. Escala de Ansiedad de Hamilton 2.

TEST DE HAMILTON – ESCALA 2-

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

	Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos	
	No me encuentro triste	
	Me siento algo triste y deprimido	
	Ya no puedo soportar ésta pena	
	Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar	
	Me siento desanimado cuando pienso en el futuro	
	Creo que nunca me recuperaré de mis penas	
	No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal	
	No espero nada bueno de la vida	
	No espero nada, esto no tiene remedio	
	He fracasado totalmente como persona(padre, madre, hijo, profesional, etc.)	
	He tenido más fracasos que la mayoría de la gente	
	Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena	
	No me considero fracasado	
	Veo mi vida llena de fracasos	
	Ya nada me llena	
	Me encuentro insatisfecho conmigo mismo	
	Ya no me divierte lo que antes me divertía	
	No estoy especialmente satisfecho	
	Estoy harto de todo	
	A veces me siento despreciable y mala persona	
	Me siento bastante culpable	
	Me siento prácticamente todo el tiempo despreciable y mala persona	
	Me siento muy infame(perverso, canalla) y despreciable	
	No me siento culpable	
	Presiento que algo malo puede sucederme	
	Siento que merezco ser castigado	
	No pienso que esté siendo castigado	
	Siendo que me están castigando o me castigarán	
	Quiero que me castiguen	
	Estoy descontento conmigo mismo	
	No me aprecio	
	Me odio(me desprecio)	
	Estoy asqueado de mí	
	Estoy satisfecho de mí mismo	
	No creo ser pero que otros	
	Me acuso a mí mismo	
	Me siento culpable de todo lo malo que pueda ocurrirme	
	Siento que tengo muchos y muy graves defectos	
	Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores	
	Tengo pensamiento de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo	
	Siento que estaría mejor muerto	

	Siento que mi familia estaría mejor si yo me muriera	
	Tengo planes decididos de suicidarme	
	Me mataríasipudiera	
	No tengo pensamientos de hacerme daño	
	No lloro más de lo habitual	
	Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo	
	Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo	
	Ahora lloro más de lo normal	
	No estoy más irritable que normalmente	
	Me irrito con más facilidad que antes	
	Me siento irritado todo el tiempo	
	Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba	
	He perdido todo mi interés por los demás y ya no me importan en absoluto	
	Me intereso por la gente menos que antes	
	No he perdido mi interés por los demás	
	He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos	
	Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones	
	Tomo mis decisiones como antes	
	Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	
	Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda	
	Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado	
	Me siento feo y repulsivo	
	No me siento con peor aspecto que antes	
	Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable(o menos atractivo)	
	Puedo trabajar tan bien como antes	
	Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	
	No puedo trabajar en nada	
	Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo	
	No trabajo tan bien como lo hacía antes	
	Duermo tan bien como antes	
	Me despierto más cansado por la mañana	
	Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir	
	Tardo una o dos horas en dormirme por la noche	
	Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme	
	Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas	
	No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas	
	Me canso más fácilmente que antes	
	Cualquier cosa que hago me fatiga	
	No me canso más de lo normal	
	Me canso tanto que no puedo hacer nada	
	He perdido totalmente el apetito	
	Mi apetito no es tan bueno como antes	
	Mi apetito es ahora mucho menor	
	Tengo el mismo apetito de siempre	
	No he perdido peso últimamente	
	He perdido más de 2 kg. y medio	
	He perdido más de 5 kg.	
	He perdido más de 7 kg. y medio	
	Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas	
	Estoy preocupado por dolores y trastornos	

	No me preocupa mi salud más de lo normal	
	Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro	
	Estoy menos interesado en el sexo que antes	
	He perdido todo mi interés por el sexo	
	Apenas me siento atraído sexualmente	
	No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo	

TOTAL:

Anexo 3. Cuestionario sobre conceptos referentes al cuidado y autocuidado.



Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____



INSTRUCCIONES: Lea atentamente las oraciones que se presentan a continuación y complételas. Posteriormente responda las preguntas colocando una marca en el recuadro correspondiente. No hay respuestas buenas o malas. La información que proporcione será confidencial.

1. Un adulto mayor es... _____
2. Un cuidador es... _____
3. Las características de un cuidador son... _____

4. Ser cuidador me hace sentir... _____
5. Lo mejor de ser cuidador es... _____

6. Lo que no me agrada de ser cuidador es... _____

7. La relación con mi paciente es... _____
8. Pienso que mi paciente es... _____

9. Los mejores momentos como cuidador son... _____

10. Como cuidador debo saber: _____

11. Un cuidador necesita: _____

	SÍ	NO
12. ¿Usted se cuida a sí mismo?		
13. ¿Sabe medir la glucosa en la sangre?		
14. ¿Sabe medir la presión?		
15. ¿Sabe inyectar?		
16. ¿Cuida la alimentación de su paciente?		
17. ¿Cuida su propia alimentación?		
18. ¿Realiza actividades ocupacionales con su paciente?		
19. ¿Hace ejercicio con su paciente?		
20. ¿Lleva algún registro de los cuidados de su paciente?		
21. ¿Considera que tiene los elementos necesarios para ser cuidador?		

¡Gracias por su cooperación!

Registro de Actividad Física, Actividad Ocupacional y Estado Emocional.

Cuidador: _____		Semana: _____						
		Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles
Actividad Física	P	_____ Minutos						
	C	_____ Minutos						
Actividad Ocupacional	P							
	C							
Estado Emocional	P							
	C							

Anexo 5. Vectores del cono invertido.

VECTORES DEL CONO INVERTIDO	
Vector	Significado
Tarea:	El pensar, el sentir y el actuar se conjuntan para lograr un objetivo determinado.
Aprendizaje:	Apropiarse de conocimientos para transformar la realidad.
Afiliación:	Primer momento de encuentro.
Pertenencia:	Ser y sentirse parte del grupo.
TELE:	Disposición de trabajar con el otro.
Pertinencia:	Realizar acciones para el logro de la tarea.
Comunicación	Cuando el emisor y el receptor han creado códigos comunes para comprender un discurso
Cooperación (complementaria):	Contribución al trabajo en torno a la tarea grupal.
Competencia (suplementaria):	Deseo de vencer los obstáculos. Se compete con la tarea, no con el grupo.
Obstáculos:	Todas aquellas circunstancias que fueron desfavorables para el logro de la tarea
ANSIEDADES BÁSICAS: En exceso paralizan la tarea.	
Pérdida:	Por el abandono del vínculo anterior.
Ataque	Por el vínculo nuevo y la inseguridad.
ROLES	
Portavoz	Depositario de las tensiones y conflictos grupales; percibe y enuncia.
Líder	Depositario de los aspectos positivos del grupo.
Saboteador	Aquel que provoca interferencias, en cuanto a la realización de la tarea.