



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“Propuesta de taller dirigido a el Cuidador Primario de personas con discapacidad motriz para disminuir el Síndrome de Burnout”

TESINA

Que para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

P R E S E N T A:

Cecilia Jiménez Flores

Directora:

Lic. Ma. Eugenia Gutiérrez Ordóñez

Sinodales:

Mtra. Alma Mireia López Arce Coria
Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez
Lic. Damariz García Carranza
Mtra. Guadalupe Celia Medina Hernández



**Facultad
de Psicología**

Ciudad Universitaria, Cd.Mx

Noviembre, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

En mi vida he sido bendecida por cada una de las personas que me han acompañado en este camino llamado “vida”, todas estas personas son importantes por haber sido parte de cada etapa o momento en ella; es por ello que quiero agradecer a:

A Dios; por darme bendiciones y oportunidades que quizá otras personas no tuvieron, por haberme puesto en cada situación que elegiste especialmente para mí, gracias por mandarme a las personas idóneas en cada etapa de mi vida, y sobre todo gracias por todas las lecciones aprendidas hasta ahora.

A mi madre Marcela; mamita, gracias por enseñarme a perseverar y no rendirme aunque de momento me parezca algo muy difícil, siempre me has dado todo tu apoyo y sobre todo tu amor, el cual me ha ayudado a no rendirme, a seguir adelante; gracias porque sé que me has dado todo, sé los esfuerzos que te llevó el darme todo mejor que pudiste, gracias a ti, soy la mujer que soy hoy en día, te amo con todo mi corazón.

A mi padre Pablo; gracias por haberme dado tu apoyo en cada una de las dediciones que he tomado en la vida, por los momentos que me diste un consejo, un abrazo, por proveerme de comodidades y todo lo que necesité para seguir con mis estudios, gracias por el esfuerzo que diste para darme todo ello, sé que siempre puedo contar contigo, te amo con todo mi corazón papito.

A mi novio Edgar; por todo el camino recorrido hasta ahora, a pesar de algunas adversidades, siempre me has apoyado de alguna manera, en el ámbito escolar me ayudabas, ya sea con alguna tarea o acompañándome a actividades, consiguiendo siempre lo mejor si te lo pedía como aquellas cosas de la Embajada de Uruguay, o cuando conseguiste la ficha para el Guillot, en el aspecto económico, si lo necesitaba me apoyabas así como ahora que junto con mi madre me has ayudado a pagar mis gastos de titulación, con tu hombro cuando me ponía y pongo triste, con algún consejo o palabra que me animara a seguir adelante, gracias por ser parte de mi vida, hemos recorrido mucho juntos y deseo siga siendo así, te amo!!!.

A mis hermanos; gracias a mis mejores amigos que la vida me mandó, son los mejores hermanos del mundo, Nena: gracias por tantos momentos a tu lado, las risas, los enojos, los consejos, las pláticas en el INR cuando hice me servicio social, el verte ahí me motivaba a querer estar ahí un día. Flaco: gracias por haber sido mi padre y mi hermano al mismo tiempo, me ayudaste mucho en toda mi etapa de estudiante desde niña, me cuidaste y diste tantos momentos de alegría en mi vida, que esos momentos los llevo dentro de mi como un tesoro; Güerita: mi compañera de juegos peleas, mi cómplice en todas mis etapas, gracias por cada momento vivido a tu lado, ha sido increíble tener esa conexión desde niñas hasta ahora; me has hecho muy feliz como tía al traer al mundo a la niña más bella del mundo. Gracias hermanos Erika, Héctor, Adri y Pau, los amo mucho, son mi vida.

A mi Directora de Tesina; María Eugenia, gracias por haber sido más que mi asesora en mi tesina, fue una gran amiga y compañía en este proceso, le agradezco su tiempo y dedicación, la quiero mucho.

A mis sinodales; Blanca Mancilla, Alma Mireia López, Guadalupe Medina y Damariz García, gracias por darse el tiempo para revisar y corregir mi trabajo, así como el de brindarme de sus aportaciones, las cuales ayudaron a mejorar indudablemente mi documento.

A mis amigas; por estar en cada momento importante para mí desde que conocí a cada una; gracias a mi querida Faby, por haberte dado el tiempo de leer mi trabajo y poner tus opiniones y recomendaciones, además de ser una increíble amiga y apoyo en todo sentido. Paola, querida amiga, gracias porque a pesar de la distancia siempre estuviste al pendiente de mi proceso y me impulsabas a terminar mi tesina, gracias por amistad, sabes que eres mi amiga del alma. Monse, amiga linda, has sido un gran apoyo en todos los sentidos desde hace 3 años, gracias por cada risa, consejo, abrazo o mensaje que dedicaste para que yo me sintiera bien.

Finalmente, y no menos importante, quiero agradecer a mi alma mater, la **UNAM**, que desde hace que tenía 15 años me recibió con los brazos abiertos y me uní a esta bella e increíble familia, me siento honrada de ser parte de ella, no los defraudaré en mi ejercicio profesional, social y personal, gracias a mi amada Universidad.

DEDICATORIAS

Quiero dedicar este trabajo a tres personas en particular, la primera a la memoria de mi abuelo, Pablo, quién estaría sin duda alguna feliz de verme como Licenciada, él quien siempre me habló de luchar por lo que uno desea y que todo con trabajo y dedicación se puede lograr; gracias Bito por haberme dado tanto amor y sabios consejos en momentos difíciles para mí, por siempre estarás en mi corazón.

También quiero dedicar mi trabajo a mis padres, quienes dieron todo de sí mismos para que yo este hoy en día por concluir una etapa que no muchas personas tienen la oportunidad de iniciar y quizá tampoco de finalizar, gracias a ambos por haberme guiado, apoyado y dado ejemplo de lo que es trabajar para conseguir lo que se desea, les dedico mi trabajo a ambos con todo el amor de mi corazón.

ÍNDICE

PÁGINA

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7

CAPÍTULO 1 CUIDADOR PRIMARIO

1.1 CONCEPTO.....	9
1.2 CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR PRIMARIO.....	11
1.2.1 PERFIL DEL CUIDADOR.....	11
1.2.2 ACTIVIDADES Y FUNCIONES DE UN CUIDADOR.....	12
1.3 ETAPAS DE ADAPTACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO.....	14
1.4 RIESGOS EN EL CUIDADOR PRIMARIO.....	15

CAPÍTULO 2 SÍNDROME DE BURNOUT DEL CUIDADOR PRIMARIO

2.1 CONCEPTO.....	22
2.2 CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME.....	23
2.3 FASES DE EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME.....	24
2.4 CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME.....	25
2.5 ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL BOURNOUT.....	27
2.5.1 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.....	28
2.5.2 TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO.....	35
2.5.3 TÉCNICAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.....	39
2.5.4 TERAPIA RACIONAL EMOTIVO.....	44
2.6. RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADOR.....	50

CAPÍTULO 3 DISCAPACIDAD MOTRIZ

3.1 ANTECEDENTES.....	54
3.2 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD.....	59
3.3 DEFINICIONES DE DISCAPACIDAD.....	62
3.4 TIPOS DE DISCAPACIDAD.....	63
3.5 DISCAPACIDAD MOTRIZ.....	65
3.6 TRATAMIENTO PARA LA DISCAPACIDAD MOTRIZ.....	68
3.7 EL CUIDADOR DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.....	73

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

❖ JUSTIFICACIÓN.....	76
❖ OBJETIVO GENERAL.....	77
❖ OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	77
❖ PARTICIPANTES.....	77
❖ DURACIÓN Y NÚMERO DE SESIONES.....	78
❖ ESCENARIO.....	78
❖ MATERIALES.....	78
❖ INSTRUMENTO.....	79
❖ CARTAS DESCRIPTIVAS.....	81

CONCLUSIÓN.....	92
------------------------	-----------

ALCANCES Y LIMITACIONES.....	95
-------------------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA.....	97
--------------------------	-----------

ANEXOS

RESUMEN

Los cuidadores primarios con frecuencia carecen del conocimiento de estrategias que les ayuden a desarrollar el afrontamiento de los problemas que pueden experimentar en este rol que asumen ante la situación de un familiar con discapacidad motriz. Con frecuencia estos cuidadores desarrollan Síndrome de Burnout debido a estas carencias. Dicho Síndrome afecta al cuidador de manera que van sintiendo agotamiento tanto físico como emocional, falta de motivación y frecuentes sentimientos de fracaso en esta actividad; asimismo sienten fracaso en ámbitos personales, por lo que se ve afectada su calidad de vida, debido a que invierten su tiempo y esfuerzo en cuidar de su familiar con discapacidad motriz, dejando a un lado el tiempo y esfuerzo que deben dedicarse a sí mismos. Este descuido los lleva a perjudicar su salud física y emocional. Es por ello que se propone realizar este taller dirigido a los cuidadores con miras a que obtengan las estrategias que puedan ayudar a prevenir o reducir los efectos del Burnout y poder mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: Cuidador primario, Síndrome de Burnout, Discapacidad motriz.

SUMMARY

Primary caregivers of family members with motor disabilities are usually unaware of strategies to help them cope with problems associated to their caregiver role. Primary caregivers often develop the Burnout Syndrome due to this lack of knowledge. This Syndrome affects caregivers by making them feel physical and emotional exhaustion, lack of motivation, and frequent feelings of failure in their caregiving activity. Moreover, they feel fail in personal aspects, which affects their quality of life, since they must spend their time mainly taking care of their family member with a disability, while neglecting their personal needs. Such oversight of their needs takes a toll on their physical and emotional wellbeing. Therefore, the intention of this workshop addressed to caregivers, is that they acquire the adequate strategies to prevent or reduce the effects of Burnout Syndrome and improve their quality of life.

Key words: Primary Caregivers, Burnout Syndrome, Mobility disability.

INTRODUCCIÓN

El cuidador primario es aquella persona que ante la aparición de una situación de dependencia de algún familiar asume el rol y la responsabilidad de cuidarlo y apoyarlo en sus necesidades y actividades diarias. Este apoyo que brinda el cuidador se realiza sin interés económico ya que no implican pago por ello.

El Síndrome de Burnout de acuerdo con Maslach y Jackson (en Núñez, 2016) es la respuesta emocional y física en la cual existe un proceso de desgaste gradual donde se va perdiendo la motivación y frecuentemente se transforma en sentimientos de fracaso.

Estrada (2016) refiere a Freudenberg (1974) quien dijo que el Burnout es la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por las actividades que se realizan diariamente. El Burnout, de ser desarrollado durante el rol de cuidador puede ser un peligro para la persona que apoya a algún familiar con discapacidad física, ya que debido al agotamiento que vive puede distraerse de sus actividades pudiendo incluso poner en riesgo a la persona bajo su cuidado, además de descuidar su propia vida.

En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realizaron la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social 2012 (ELCOS 2012), se encontró que en 5.2% de los hogares mexicanos, viven personas con algún problema de salud o discapacidad por lo que requieren de cuidados permanentes (cerca de 694 mil hogares). El 15.3% de las personas recibieron cuidados por enfermedades temporales mientras que el 10% fue a personas con necesidades de cuidado continuo, debido a limitaciones permanentes.

Es por lo anterior que se realizó una propuesta de taller para cuidadores primarios, que permitirá brindar estrategias para poder afrontar y resolver los problemas a los que se pudieran enfrentar, además de ayudar a disminuir los efectos del Síndrome de Burnout.

El objetivo del taller es que los cuidadores adquieran estrategias que ayuden a reducir el Síndrome de Burnout en los cuidadores primarios de personas con discapacidad motriz para mejorar su calidad de vida.

Para poder entender el tema del presente documento se elaboraron tres capítulos donde se explican los temas que involucran la realización de este taller. En el capítulo 1: Cuidador primario, se explica en qué consiste ser cuidador, las actividades, características, etapas y riesgos que se pueden tener como tal.

En el capítulo 2: Síndrome de Burnout del Cuidador primario, se describe el concepto y consecuencias del síndrome que es el objetivo del taller, así como las estrategias que se utilizarán en el taller para disminuir el Burnout en el cuidador.

En el capítulo 3: Discapacidad Motriz, se explica qué sucede con las personas que viven condicionadas por esta discapacidad, sus orígenes y características para entender la complejidad de cuidados que requieren estas personas.

Finalmente se explica la propuesta de taller, el cual busca disminuir el Síndrome de Burnout en los cuidadores primarios de personas con discapacidad motriz.

CAPITULO 1. CUIDADOR PRIMARIO

Cuando se le da un diagnóstico a un paciente, sea cual sea la enfermedad que le haya aquejado, mientras implique una condición de dejar de ser una persona independiente y pasar a ser una dependiente; se necesita que alguien más le ayude a realizar las actividades y necesidades de la vida cotidiana, ya sea por edad, enfermedad o discapacidad (López et al. 2009).

Por lo general la persona que ayuda es alguien cercano al enfermo y suele ser un familiar quien se hará cargo del paciente y lo acompañará en el proceso de su enfermedad, recuperación o rehabilitación, le brindará cuidados y ayudará a sobrellevar el día a día. Existen diferentes formas de designar a dicha persona, una de ellas es *cuidador primario informal*, quien se asume a sí mismo como el que se encargará de la persona enferma, siendo una pieza clave en la vida de la persona dependiente.

1.1 CONCEPTO

Es pertinente mencionar la diferencia que existe entre un cuidador formal y uno informal o principal; Un cuidador formal es aquella persona que se encarga de cuidar de forma directa a las personas que tengan alguna discapacidad de desarrollar de manera autosuficiente las actividades básicas y vitales; Esta persona puede o no estar capacitada para dicha tarea, sin embargo la diferencia radica en que esta persona recibe un pago por hacer este trabajo, mientras que el cuidador principal o informal realiza la actividad por aspectos más emocionales o de apego con la persona a cuidar (Centeno, 2004).

A continuación se describirán conceptos y definiciones que han dado algunos autores acerca del Cuidador Primario Informal, así como las otras maneras en las que se les suele llamar.

López, et. al. (2009) definen como cuidador primario informal a la persona que se hace cargo de auxiliar en las necesidades básicas de la vida diaria de la persona

enferma y lo hace sin recibir una compensación económica por su tiempo invertido.

Así mismo, Astudillo y Mendinueta (2008) definen al cuidador primario, como aquella persona que tiene como prioridad resolver las necesidades físicas y emocionales de un enfermo; Este rol por lo general lo tomará él (la) esposo (a), hijo (a), un familiar cercano o alguien que tenga relevancia en la vida del paciente.

Esta persona es la que una vez adquirido el rol de cuidador, tendrá la tarea de atender al enfermo, darle atención directa y reorganizar el entorno familiar del enfermo, fomentar una relación estrecha con el enfermo (ya que estarán juntos durante el proceso de la enfermedad), ya sea que progrese la enfermedad o que tenga que realizar actividades para reducir las secuelas de la enfermedad que le aqueje al paciente (Astudillo & Mendinueta, 2003).

Por su parte Pinto y Sánchez (2005 en Pinto 2010) denominan como Cuidador Familiar a la persona que presenta un vínculo de sangre o cercanía con el paciente y este asume la responsabilidad del cuidado de la persona querida que vive con alguna enfermedad. Dicho cuidador es partícipe en la toma de decisiones, es el que supervisa y da apoyo en las actividades de la vida cotidiana para poder retribuir de alguna manera la disfunción ya existente en la persona enferma.

En este sentido, Armstrong (2005 en Ruíz y Nava 2012), menciona que el cuidador primario asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que por sí mismo no puede llevar a cabo; Es común que la persona que asume este rol sea un miembro cercano de esta persona, ya sea un familiar, amigo o incluso algún vecino; es una persona que no recibe ninguna ayuda económica, ni capacitación especial para poder saber cuál es la atención que se le debe dar al enfermo.

Dichos conceptos afirman que el cuidador es la persona que se encarga de cuidar a otra persona que esté afectada ya sea con una discapacidad o incapacidad que le impide la realización normal de actividades vitales tales como comer, bañarse, vestirse, aseo íntimo o el desplazamiento a eventos sociales, médicos o de recreación.

1.2 CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR PRIMARIO

A continuación se describirán las características, actividades y funciones de un cuidador primario.

1.2.1 PERFIL DEL CUIDADOR

En México, de acuerdo ELCOS (2012), se encontró que entre 69.4 y 77.2 por ciento de quienes cuidaban en los hogares, son mujeres. Así mismo, de los poco más de 13 millones de personas que realizaron trabajo de cuidado, entre el 81.8% y 90.4% son miembros del mismo hogar, siendo cerca de 1.3 millones de cuidadoras (es) de personas con limitaciones permanentes. La edad de los cuidadores de personas con limitaciones permanentes o discapacidades oscila entre los 40 y 59 años, aunque en menor proporción también los que tienen entre 20 y 39 años.

Álvarez (2010) menciona que en cuanto a la relación que se tiene en un 57.2% son hijas o en 16.8% son cónyuges. Según Centeno (2004) 72% de la ayuda que reciben vienen por parte de algún familiar.

Otro dato importante que refieren Álvarez & De Montalvo (2010) es que el 40% de los cuidadores no perciben ayuda de ninguna persona, incluso de familiares cercanos.

Un cuidador invierte en promedio 10.6 horas diarias, cabe mencionar que a medida que se aumenta el número de horas de cuidado la calidad de vida del cuidador disminuye proporcionalmente. El tiempo medio de cuidados es de 6.5 años.

Pinto (2010) refiere que en su mayoría los cuidadores familiares serán mujeres de edad intermedia, menores que la persona que recibirá el cuidado, de estado civil y profesiones variadas (unas son empleadas y otras amas de casa), su educación y nivel socioeconómica son diversos, sin embargo comparten el hecho de que se encargan del ser amado desde el primer momento de su diagnóstico y por lo general desconocen el rol que interpretan.

1.2.2 ACTIVIDADES Y FUNCIONES DEL CUIDADOR

Son variables las actividades y funciones de los cuidadores ya que depende de cada familia, del contexto y de los cuidadores mismos; El papel crucial de un cuidador es precisamente ese, el de cuidar, siendo ésta su principal función dentro de la dinámica, para ello se necesita tener “empatía, identificación y proyección” (Centeno Soriano, 2004), se debe aclarar que la experiencia de cada cuidador es única ya que se juegan otros aspectos como la relación con la persona que recibe los cuidados, la edad del cuidador, el grado de dependencia hacia la persona, las actividades personales que tenga el cuidador y las exigencias que cada uno se marque.

Izal, Montorio y Díaz – Veiga (1997 en Centeno , 2004) enlistaron las tareas más comunes que suelen realizar los cuidadores:

- Ayudar en los quehaceres de la casa, tales como cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.
- Ayudar para transportar a la persona cuidada fuera del lugar de residencia, por ejemplo a sus citas médicas, rehabilitación o alguna actividad de recreación.
- Apoyo en el desplazamiento dentro de su mismo hogar, ya sea que vaya del cuarto al baño, o del comedor a la sala, etc.
- Auxiliar en la higiene personal de quien recibe el cuidado, como bañarse, peinarse, vestirse, etc.
- Supervisar la ingesta de medicamentos, revisar que sean los adecuados y que se administren a la hora y momento indicados.

- Colaborar en tareas de enfermería, como inyecciones, revisar signos vitales, etc.
- Estar en constante comunicación con la persona que se cuida, como llamar por teléfono o visitarlo regularmente.
- Resolver situaciones de conflicto tales como comportamientos agitados, agresivos o melancólicos.
- Auxiliarle en cosas no tan relevantes pero importantes para su comodidad, como bajar el volumen de la televisión, pasarle el control remoto, subir el volumen del radio, etc.

Todas estas tareas serán únicas para cada cuidador, son experiencias satisfactorias que pueden llevarle a descubrir mucho a nivel personal, en términos de sus aptitudes, cualidades o talentos posiblemente no hubiera descubierto de no ser cuidador; Por otro lado también existen otras situaciones donde esta experiencia no suele ser tan grata, y el cuidador no obtiene una satisfacción personal y, por el contrario, acaba con una sensación de estar solo, no ser apreciado, ni reconocido socialmente.

Esta persona al asumir el rol de ser el encargado del familiar enfermo se ve en la necesidad de cambiar su vida para poder hacerse cargo de otras tareas específicas que implica ser el cuidador, ello genera estrés, preocupaciones y sobrecargas debido a la responsabilidad que implica cuidar a otra persona, que depende del cuidador en todos los aspectos de su vida (Pinto, Barrera y Sánchez, 2010).

La mayoría de los cuidadores están de acuerdo en que aceptan dicho rol por una carga moral ineludible, se lo atribuyen a una responsabilidad social y familiar. No obstante también existen motivos altruistas, ya que los cuidadores buscan genuinamente el bienestar del familiar; Otras personas lo hacen por reciprocidad, por ejemplo una hija con una madre. En algunos casos también se da por sentimientos de culpa, quieren resarcir daños del pasado y tratan de evitar la censura o críticas familiares, de amistades e incluso por razones religiosas. Otras personas dicen sentirse útiles e importantes al asumir este rol, ya que dan su

apoyo y dedicación lo que les brinda satisfacción el poder resolver problemas del familiar. También hay personas que dicen hacerlo por agradecimiento, algo parecido a la reciprocidad (Barrera Ortiz, Pinto Afanador, Carrillo G., & Chaparro Díaz, 2010).

1.3 ETAPAS DE ADAPTACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO

De acuerdo con Villegas (2014) el cuidador pasa por distintas etapas antes de conseguir adaptarse a su nuevo rol. Dichas etapas son:

1) *Negación o falta de conciencia del problema*: Es un mecanismo para controlar el miedo y la ansiedad que le genera la situación a la que se debe enfrentar, negando la presencia de la enfermedad o evitando hablar acerca de lo que afecta a la persona enferma.

Es una fase temporal y conforme transcurre el tiempo, el cuidador va notando las evidencias de la falta de autonomía funcional de la persona, lo que hace que comience a ver la necesidad de hacer algo al respecto.

2) *Búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles*: Es en esta etapa donde ya es consciente de la presencia de la enfermedad en su familiar o persona que va a cuidar, por lo tanto comienza a buscar información para poder aprender sobre la enfermedad, su evolución, implicaciones y cuidados, y de este modo entender las alteraciones que puede producir en la persona enferma y en ella misma.

3) *Reorganización*: Se trata de asumir la información previa y los recursos externos por parte de la familia, amigos y las propias herramientas para afrontar la situación, comienza a tomar el control de la misma y busca organizar en su vida las nuevas responsabilidades adquiridas como cuidador, así como el inicio de plantearse cómo enfrentará a los problemas y los resolverá.

4) *Resolución*: Finalmente el cuidador ya controla la situación y se enfrenta a los acontecimientos debido a que sabe que cuenta con las habilidades y capacidades para hacerlo, puede sobrellevar los cambios y desafíos en esta tarea. Ya es capaz de comunicarse y poder expresar sus emociones y no se siente culpable por hacerlo.

Es en esta etapa donde aprende a cuidarse a sí mismo y no centrarse en la persona dependiente, consigue darse tiempo para realizar actividades sociales y personales.

Es importante resaltar que no todas las personas cuidadoras deben pasar necesariamente por todas las etapas, esto depende de cada caso particular, a pesar de ser fases que se pueden generalizar a la mayoría de los cuidadores.

1.4 RIESGOS EN EL CUIDADOR PRIMARIO

Existe una serie de consecuencias tanto físicas como emocionales que se ven predeterminadas en el cuidador, es por ello que es relevante mencionar los riesgos que pueden presentar.

El riesgo principal al que se podrían enfrentar los cuidadores es la “sobrecarga” misma que será explicada en el capítulo 2. Existen factores que influyen en desarrollar la sobrecarga, tales como:

- La existencia de parentesco con la persona a cuidar
- Edad
- Sexo
- Niveles de estudio
- Hijos dependientes del cuidador
- Condición de pareja del cuidador
- Presencia o síntomas de ansiedad y/o depresión
- No dedicar su tiempo libre a actividades recreativas.

Es necesario saber identificar los indicadores que permiten anticipar si un cuidador primario está en riesgo de sobrecargarse o si ya presenta sobrecarga (Eimil, 2012).

Los predictores de sobrecarga por las características del propio cuidador se encuentran relacionados con:

❖ *Falta de apoyo social:*

- El escaso apoyo por parte de la propia familia y de algunas instituciones, son factores que inducen a la sobrecarga, ya que el trabajo de cuidador recae más en él haciendo que tenga un mayor cansancio físico y ansiedad debido a la sensación progresiva de dependencia del paciente hacia él.
- Debido a que no se le brinda ayuda, invierte más horas de su día y posiblemente por un largo tiempo en el cuidado del familiar, lo que aumenta el riesgo de estar sobrecargado.
- Cuando rechaza ayuda social, indicando una posible dificultad psicológica para asumir algunos aspectos de la enfermedad.
- Cuando abandona sus actividades personales y poco tiempo libre debido a su nueva rutina como cuidador, lo cual impide tener momentos para relajarse (Eimil, 2012).

❖ *Estrategias de afrontamiento:*

- Muchos cuidadores no reciben la adecuada instrucción sobre el manejo de los enfermos, por lo tanto no saben cómo se debe actuar en momentos estresantes.
- Sin instrucción previa, es probable que tampoco sepa cómo cuidarse a sí mismo, olvidándose de dedicarse tiempo en vez de pasar todo su tiempo con el enfermo.

❖ *El género del cuidador:*

- Como ya se vio en el perfil del cuidador, desafortunadamente las mujeres son el mayor porcentaje de cuidadores principales o

primarios, primordialmente debido a factores culturales primordialmente.

❖ *El vínculo con el enfermo:*

- Los hijos son los más propensos a sobrecargarse debido a un sentido de culpa y sentir que es su obligación cuidar a sus padres; En las parejas este compromiso se ve como algo ya adquirido sólo por el hecho de ser su pareja.

❖ *La salud del cuidador:*

- El cuidador pierde la capacidad de percibir su propia salud.
- Presenta más síntomas de estrés.
- Los cuidadores tienden a padecer de salud cardiovascular, a presentar mayores índices de obesidad y mayor riesgo de pérdida cognitiva, (Eimil, 2012).

Los predictores de sobrecarga por las características del propio paciente se encuentran relacionados con:

- *Los trastornos conductuales:* son los que generan mayor estrés entre los cuidadores ya que como se mencionó no suelen saber cómo reaccionar ante estas conductas, tales como la agresividad, la agitación, el insomnio, delirios, hiperactividad, gritos, quejumbres, (Eimil, 2012).
- *Trastornos funcionales:* es decir, cuando el paciente va perdiendo su autonomía y el cuidador es quien se encarga de realizar las funciones que ya no puede hacer el paciente, como el aseo personal y comer por sí solo.
- *La pérdida cognitiva:* es también uno de los motivos, pero no es tan relevante el estrés que le causa en comparación con los dos primeros. Cuando un cuidador comienza a presentar la sobrecarga es necesario saber cuándo se presentan señales de alarma, puesto que si se sobrecarga el cuidador puede desarrollar el “Síndrome de Burnout”.

- Algunas señales de alarma son:
 - La persona se siente demasiado estresada, puede llegar a tener dolores de espalda y de cabeza.
 - Comienza a sentir mucho cansancio o fatiga crónica, presenta irritabilidad por cualquier cosa con su familia o amigos.
 - No puede conciliar el sueño.
 - Falta de tolerancia a la frustración.
 - Siente ganas de llorar sin una razón aparente.
 - Toma ansiolíticos o antidepresivos.
 - Comienza el desinterés por relacionarse con gente y apatía por hacer las cosas.

Si no se hace caso a estas señales de alarma, se desarrollará” El Síndrome de Burnout” del cual tratará el segundo capítulo. De acuerdo a Gómez y Morales (2012) existen manifestaciones en las personas que comienzan a experimentar:

- *MANIFESTACIONES FÍSICAS:* Dolores de cabeza, insomnio, alteraciones *gastrointestinales, taquicardia, etc.*
- *MANIFESTACIONES CONDUCTUALES:* Abundan conductas adictivas tales como tomar café, alcohol, fumar tabaco, consumir fármacos o drogas ilegales, ausentarse del trabajo, apatía para relacionarse con las personas.
- *MANIFESTACIONES MENTALES:* Sentimiento de vacío, agotamiento, autoestima baja, ansiedad, poca capacidad de concentrarse, baja tolerancia a la frustración, intranquilidad.

Así mismo dichas manifestaciones se van presentando de manera paulatina en la vida del cuidador, siendo así difícil de detectar el desgaste del cuidador para las personas que lo rodean, viéndolo como una forma de llamar la atención.

Debido al largo tiempo que pasa el cuidador primario con la persona enferma es ineludible que surja una relación dependiente, haciendo creer al propio cuidador

que él es una pieza indispensable en la vida del paciente; El cuidador se vuelve aprehensivo en su relación al grado de rechazar visitas o salidas con tal de que no empeore la persona que está a su cuidado, evita estos momentos de distracción, ya que le angustia la idea de que le pase algo a quien cuida o que otra persona no sea capaz de cuidarlo igual, provocando ansiedad; Muchas veces el paciente no estas acciones y se siente en disgusto con él y a gusto con otras personas, surgiendo problemas como chantajes, groserías, reacciones agresivas, entre otros. Esta situación lleva al cuidador a sobrecargar su estado físico y emocional, haciéndolo vulnerable a presentar otras enfermedades mentales (Gómez & Morales , 2012) como:

1. DEPRESIÓN:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, S/F) la depresión es una enfermedad que afecta alrededor de 350 millones de personas y menciona que esta “es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo así como de las respuestas emocionales breves de la vida cotidiana”. Puede ser un problema serio de salud, causando dificultades en la vida de quien lo padece y en el peor de los casos puede llevar al suicidio.

Muchos de los casos pueden ser tratados si hace uso de la medicación adecuada junto con la psicoterapia, el problema de esta enfermedad es que muchos la confunden con un estado de ánimo y piensan que pasará ese estado o bien, lo dejan pasar sin pedir ayuda.

La depresión es el resultado de la compleja interacción entre los factores sociales, psicológicos y biológicos de las personas. Es más probable que quienes viven en circunstancias adversas como es el caso de los cuidadores primarios, se vean afectados por dicha enfermedad.

2. ANSIEDAD

La ansiedad es un estado emocional no placentero que se caracteriza por síntomas corporales de tensión física y preocupación por el futuro (American

Psychiatric Association, 1994 en Durand & Barlow ,2007). Es una manifestación subjetiva de inquietud, preocupación, inquietud, tensión, angustia o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro una frecuencia cardiaca elevada y tensión muscular.

Es posible que algunas veces la ansiedad sea una reacción adaptativa, pero otras veces puede implicar padecimientos médicos o psiquiátricos si se considera de manera patológica. Según la American Psychological Association (APA, 2010) , el presentar este trastorno a menudo suele interferir con las actividades diaras de las personas, en este caso para los cuidadores primarios sería peligroso ya de que de ello depende la seguridad del paciente.

Oblitas (2006) refiere que cuando se alcanzan niveles exagerados de ansiedad, esta emoción da lugar al impedimento de enfrentarse a situaciones amenazantes, paralizando y trastocando la vida diaria de la persona. Es importante señalar que los trastornos de ansiedad son estados relacionados con la estructura biológica y con las experiencias vitales de un individuo, en su mayoría son hereditarias, sin embargo el aprendizaje es un papel determinante en el control o falta de éste.

Es común que la ansiedad aparezca cuando se presenten situaciones complicadas al mismo tiempo, por ello es mejor dividir una tarea compleja en componentes pequeños e ir resolviendo cada uno (Oblitas, 2006), es por ello que los cuidadores son propensos a desarrollarla ya que se enfrentan a muchas situaciones complejas las cuales tienen que resolver para el bienestar de la persona a la que se le brinda la ayuda.

Los fármacos que suelen prescribir son llamados ansiolíticos los cuales producen un efecto tranquilizante, de modo que reducen los síntomas de ansiedad en cuestión de minutos así como su intensidad y la frecuencia de los episodios de angustia (Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2008).

Los ansiolíticos más utilizados pertenecen al grupo de las benzodiazepinas de alta potencia como:

- Alprazolán
- Lorazepam
- Diazepam
- Clorazepam

También se emplean algunos antidepresivos que hoy en día son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina. Este grupo de antidepresivos está constituido por:

- Fluoxetina
- Paroxetina
- Fluvoxamina
- Setralina
- Citalopram
- Escitalopram

CAPÍTULO 2. SINDROME DE BURNOUT DEL CUIDADOR PRIMARIO

2.1 CONCEPTO

Álvarez (2010) hace referencia a un término que surge en la década de los años setenta en Estados Unidos, “estar quemado” concepto que se dijo por primera vez en 1974 por Freudenberger, dicho término lo utilizó para describir los sentimientos de un grupo de voluntarios que ayudaron en una clínica con personas en proceso de dejar las drogas. No obstante fue Maslach quién dio a conocer en 1977 públicamente este término, en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos (APA), dicho concepto explica el desgaste que tienen los cuidadores en su actividad diaria y es por ello que terminan quemados después de cierto tiempo.

De acuerdo a Vallejo (2016) Freudenberger en 1974 describió el Burnout como un estado de fatiga (agotamiento) o frustración que se desarrolla debido a la realización y dedicación de una tarea o causa, forma de vida o relación que no produce el refuerzo esperado, este concepto por lo tanto encaja con las actividades que realiza un cuidador primario, ya que ofrece su dedicación y esfuerzo en cuidar de una persona para su bienestar, sin embargo no recibe ninguna compensación por ello, lo que hace que con el paso del tiempo se sienta frustrada y agotada.

Edelwich y Brodsky (1980 en Núñez, 2016) refirieron que el Burnout es la pérdida paulatina de idealismo, energía y propósito en las personas que se dedican en su profesión a prestar ayuda, es decir, cualquier profesión que tenga como objetivo el auxiliar a alguien más, está predispuesto desarrollarlo, como es el caso del cuidador primario.

Por otro lado fue hasta 1986 (en Núñez, 2016) cuando Maslach y Jackson definieron al Burnout como una respuesta emocional principalmente, y lo describieron como el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés,

falta de motivación y frecuentemente se transforma en sentimientos de fracaso (García 1995 en Estrada, 2016).

2.2 CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME

La sobrecarga que sostiene el cuidador, una vez que se rebasaron los recursos disponibles, puede afectar de manera negativa hacia su salud, estas repercusiones frecuentemente son malestares psíquicos, como la ansiedad y la depresión principalmente, incluso también puede haber repercusiones en la salud física, en la vida social ya que existe un aislamiento, detonando un deterioro en su calidad de vida y en su economía (López, 2009).

El cuidador vive en circunstancias que le generan cambios en su vida como ya se dijo, es por ello que algunos de esos cambios le causan gran impacto, lo cual desencadena en ciertos efectos y sentimientos que pueden llegar a presentar, uno de los más representativos es la *Impotencia* (Barrera, Pinto, Carrillo , & Chaparro, 2010).

Dicho síndrome afecta directamente a las personas que trabajan en el sector salud, como enfermeras y médicos, trabajadores sociales, psicólogos, etc., y entre ellos a los cuidadores primarios informales. El “Síndrome del Cuidador Quemado” se manifiesta cuando el cuidador tiene una sobrecarga, llegando al agotamiento y brota el desgaste emocional y físico debido a las fuertes demandas de la persona que necesita de sus cuidados.

Implica desarrollar sentimientos dañinos hacia la persona que se cuida como irritabilidad, angustia, deshumanización, comienzan a presentar trastornos psicosomáticos, agobio y sentimientos de culpa.

Existen factores que influyen en dicho sentimiento de impotencia, los cuales están clasificados en factores personales, ambientales y situacionales (Davidhizar 1992 en Pinto & Sánchez Herrera, 2000):

- Los factores personales se refieren a todas las características individuales, implicando en ellos tantos los aspectos sociodemográficos, es decir no será lo mismo si el cuidador y el paciente son personas jóvenes, adultas o ancianas, si son hombres o mujeres, si son de una raza o de otra. Estas características cambian de igual forma dependiendo la cultura en la que se crezca, el tipo de trabajo que desempeñan y desde luego la relación que se tiene entre ellos. Otro aspecto importante en este factor es la percepción personal que se tiene debido a experiencias y estrategias de afrontamiento previas y que pueden implicar el desarrollo de sentimientos de tristeza, angustia, soledad y desconfianza en sí mismos ante la situación (Barrera Ortiz, Pinto Afanador, Carrillo G., & Chaparro Díaz, 2010, pág. 25).
- Los factores ambientales, aluden a las herramientas y recursos con los que se cuenta para poder encarar la enfermedad de la persona a cargo, como la cuestión económica y el apoyo socioemocional (Pinto & Sánchez, 2000).
- En cuanto a los factores situacionales, estos engloban a los otros dos de mejor manera además de incluir la influencia concebida por el tipo de enfermedad que padezca el familiar, estos factores son funciones que el cuidador termina por adjudicarse (Barrera, Pinto, Carrillo & Chaparro, 2010).

2.3 FASES DE EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME

Existen tres dimensiones características del burnout de acuerdo con Maslach y Jackson (1986 en Vélez 2016):

- *Agotamiento físico y/o emocional:*
Se refiere al cansancio y/o fatiga que puede manifestarse de forma física, psíquica e incluso combinarse al mismo tiempo, ante una situación demandante. Es una sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás, ya que se siente exhausto física y emocionalmente.

- *Actitudes de despersonalización:*
Son aquellos sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías que se desarrollan hacia las demás personas, en especial hacia la persona que cuida.
- *Descenso en logro personal:*
Surge cuando se da cuenta que las demandas y expectativas que se le hacen al sujeto, exceden su capacidad para poder resolverlas de forma eficiente. Se caracteriza por una dolorosa desilusión para darle sentido a su propia vida, siente que ha fracasado en sus logros personales y presenta baja autoestima.

2.4 CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME

El cuidador tiene carencias e insuficiencias, ellos demandan cuestiones personales, familiares, sociales y claro las requeridas por la persona que cuida. (Pinto, Barrera, & Sánchez 2010).

Los cuidadores primarios o familiares necesitan mucho apoyo, ya que el hecho de atender a un enfermo en su domicilio representa un gran cambio para la vida de ambos y para el cual no están preparados, es por ello que necesitan comprender los problemas actuales a los que se enfrenta en este trabajo, cuidar de su salud ya que suelen automedicarse debido al poco tiempo que les queda para ir con un médico, necesitan además una instrucción acerca del cuidado hacia los enfermos, consejos y tips sobre cómo acceder a las instituciones o a apoyos de desempleo si es que lo requieren debido a que no puedan mantener el empleo por mucho tiempo, o que se le diga cómo conseguir un subsidio si esta nueva actividad afecta su estabilidad económica (Pinto & Sánchez 2000).

Esta labor con el paso del tiempo comienza a generarle cansancio, pérdida de autoestima, irritabilidad, desgaste emocional, ansiedad, etc., trastornos que en su conjunto desarrollan el burnout, haciendo a la persona incapaz de poder continuar

o realizar las tareas responsables de dicho desgaste (Astudillo & Mendinueta, 2003).

De acuerdo a Astudillo & Mendinueta (2003) los cuidadores reflejan 4 signos particulares, los cuales son:

- El primero es la “irritabilidad”, lo que causa que la persona no tenga una organización adecuada y presente poca concentración y bajo rendimiento en su vida diaria.
- El segundo signo es la “fatiga”, causando una sensación de fracaso en su rol como cuidador.
- El tercer signo es el “insomnio”, la falta de sueño es un signo somático que hace perder a la persona el sentido de la prioridad.
- El cuarto signo es el “estado depresivo”, lo que provoca en el cuidador un aislamiento social e incluso un aumento en la automedicación.

Un cuidador con frecuencia se sentirá agobiado y manifestará el poco tiempo con el que cuenta para poder realizar todas las actividades que tiene a su cargo (Barrera,Pinto, Carrillo & Chaparro Díaz 2010).

De acuerdo con Casado (2004) el Burnout en el cuidador primario es un problema debido a las condiciones de la propia tarea y en las exigencias afectivas y cognitivas de la misma. El desgaste producido por la parte afectiva es debido al contacto con el paciente y sus problemas, lo que le genera impotencia al no poder cubrir con expectativas poco realistas de su parte, generando la sintomatología ansioso-depresiva y somática, deteriorando su ajuste familiar y social, desarrollando sentimientos y actitudes negativas, distantes y frías hacia los demás (despersonalización), deteriorando su rendimiento y disminuyendo su rendimiento laboral o profesional.

A continuación se resumen las consecuencias físicas y psicológicas del Burnout Estrada (2016) en la tabla 2:

Tabla 2. Consecuencias del Síndrome de Burnout

CONSECUENCIAS FÍSICAS	CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Dolores de cabeza • Dolores musculares • Dolor de espalda • Fatiga crónica • Problemas gastrointestinales • Úlceras • Hipertensión • Asma • Urticarias • Taquicardias 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración • Irritabilidad • Ansiedad • Baja autoestima • Desmotivación • Sensación de desamparo • Sentimientos de inferioridad • Desconcentración • Comportamientos agresivos y/o paranoides...

Resumiendo, el Síndrome de Burnout es un gran problema ya que genera en la persona que lo padece consecuencias negativas para su salud física y psíquica, y se presenta cuando fallan las estrategias para afrontar la situación estresante.

2.5 ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL BOURNOUT

Cuando se cuida de otra persona por un lapso largo de tiempo o simplemente las exigencias de la persona cuidada sobrepasan lo que en realidad necesita, se desencadenan una serie de manifestaciones que ya se han mencionado con anterioridad, viéndose perjudicada la salud física y psicológica del cuidador. Puede ocurrir también que existan cuidadores que se sientan bien o mejor que otros, lo que dependerá de los hábitos de vida que lleven; Estas personas suelen tener hábitos saludables consigo mismos (Centeno, 2004).

Centeno (2004) refiere a la entrevista clínica como instrumento fundamental para explorar exhaustivamente la patología del cuidador, valorando la evolución de la misma y realizando un análisis funcional de su conducta. Esto es muy importante ya que se pueden conocer sus antecedentes, explorando los ámbitos familiares, sociales y profesionales.

Conocer con antelación qué cuidadores están en riesgo de presentar el desgaste es necesario para poder saber qué medidas tomar, y poder diagnosticar si

presentan o no el síndrome. Para este fin es necesario realizar primero una entrevista clínica, posteriormente una evaluación para la cual, existen instrumentos, como el Test de Zarit, el cual se describirá a detalle en la propuesta de taller.

2.5.1 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Como se ha visto a lo largo del capítulo, uno de los motivos principales por los cuales se puede presentar el Burnout es debido al estrés que puede generar la rutina al cuidador primario, es por ello que se explicará brevemente en qué consiste el estrés así como las técnicas que se pueden utilizar para nivelarlo o combatirlo.

De acuerdo a Powell & Enright (1990 en Payné ,2002), se estima que el 80% de las enfermedades actuales son originadas por el estrés. Es por ello que se recurre a diferentes técnicas para poder minimizar sus consecuencias y una de esas técnicas es la relajación.

La relajación según Sweeney (1978 en Payné ,2002) es “un estado o respuesta percibidos positivamente en el que una persona siente alivio de la tensión o del agotamiento” p.8. Ello implica aspectos psicológicos, ya que presentan sensación de alivio en la ausencia de pensamientos estresantes.

Es por ello que dicho entrenamiento para relajar se considera como una “vacuna contra el estrés” (Keable, 1989; Powell & Enright, 1990 en Payné 2002, p.18) Es una forma general que ofrecen estas técnicas para enfrentar el estrés y ya sea cualquiera de los distintos métodos que se elija todos tienen elementos en común (Lichstein, 1988 en Payné, 2002):

- Reestructuración cognitiva: modificar el pensamiento de una forma consciente con el fin de incentivar comportamientos que sean mejores.
- Relajación para reducir la estimulación fisiológica.

- Habilidades sociales y entrenamientos que ayuden a estimular las relaciones interpersonales.
- Autocontrol: el cual consiste en poder reconocer los detonantes del estrés, anotando su aparición y pudiendo notar el nivel de estrés que le genera.

La evolución de estas técnicas a lo largo del siglo XX en gran parte ha sido resultado de la Terapia y Modificación de Conducta (Caballo, 1998). Méndez, Olivares y Moreno mencionan que “las técnicas cognitivo-conductuales se apoyan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta” (1998, en Vélez 2016 p.31).

De acuerdo a Sparrow (2007, en Vélez 2016) se trata de un modelo de intervención que trabaja sobre las conductas, pensamientos y las respuestas fisiológicas que no son funcionales en una persona.

Existen dos técnicas de relajación principales, una es la Relajación Autógena y la otra es la Relajación Progresiva; Para fines del presente trabajo, se hablará más a detalle de la última, y solo se mencionarán aspectos generales de la primera técnica.

- RELAJACIÓN AUTÓGENA

El entrenamiento autógeno es un programa diseñado para relajar el cuerpo y la mente y de este modo regresarlos a un estado de equilibrio. Es un método efectivo en la reducción del estrés crónico (Davis, Matthew , & Eshelman, 2010).

Los orígenes de este entrenamiento se encuentran en los estudios del sueño y la hipnosis realizados por los neuropatólogos y neurofisiólogos alemanes Oscar Vogt y K. Brodmann en los años 1900 (González de Rivera, 1982).

Schultz, un neuropsiquiatra alemán, se basó en los trabajos de Vogt para tratar de desarrollar un método de hipnoterapia que eliminara la pasividad del paciente y su dependencia al terapeuta. La práctica continua de los ejercicios incrementa la

habilidad del paciente para inducir la relajación profunda (González de Rivera, 1982).

De acuerdo a Caballo (1998) la relajación autógena consiste en una serie de frases elaboradas que tienen como finalidad el inducir al sujeto en un estado de relajación a través de autosugestiones sobre: 1) sensaciones de pesadez y calor en las extremidades; 2) regulación de los latidos del corazón; 3) sensaciones de tranquilidad y auto confianza; y 4) concentración pasiva en su respiración.

El tiempo recomendado para las sesiones es de un minuto y medio, de cinco a ocho veces al día. Si no cuenta con ese tiempo de distribución hacer sesiones de 30 segundos por lo menos tres veces al día. Conforme el paciente se vaya sintiendo más seguro al realizar los ejercicios se puede aumentar gradualmente la duración de las sesiones a 30 o 40 minutos dos veces al día (Davis, Matthew , & Eshelman, 2010); La duración total recomendada del programa es de 12 semanas.

Es importante ver que en este tipo de técnicas, es el terapeuta quien dirige y enseña en un principio, sin embargo es el cuidador primario quien debe después practicarlo e interiorizarlo por cuenta propia.

- RELAJACIÓN PROGRESIVA

Este tipo de relajación disminuye la frecuencia del pulso, presión de la sangre, grado de transpiración y la frecuencia respiratoria; Cuando se realiza de modo correcto puede llegar a tener el mismo efecto que un fármaco para reducir la ansiedad (Davis, Mckay, & Eshelman, 2009).

Oblitas (2006) señala que Edmond Jacobson, un médico de Chicago publicó en 1938 un libro con el título *Relajación Progresiva*. En éste describe su técnica de relajación muscular profunda, la cual se basa en el supuesto de que la persona que experimenta ansiedad produce pensamientos y conductas que hacen que se

desarrolle tensión muscular, por lo que si desaparece dicha tensión, desaparece la ansiedad.

Esta técnica afirma que no se requiere de imaginación, fuerza de voluntad, ni sugestión. Además tiene la ventaja de poder practicarse en cualquier parte sin que nadie se percate de ello. Se le enseña a la persona a contraer y relajar los músculos alternativamente para que se pueda reconocer y autocontrolar la tensión de manera inmediata. De acuerdo con Davis, Mckay, & Eshelman, (2009), la técnica se basa en la premisa de que los pensamientos de ansiedad en los organismos provocan tensión muscular como respuesta a dichos pensamientos, por lo que a su vez aumenta la sensación subjetiva de mayor ansiedad.

Debido a que la técnica reduce la tensión fisiológica, la ansiedad desaparece.

Los síntomas sobre los que actúa son:

- Ansiedad
- Insomnio
- Depresión
- Fatiga
- Colón irritable
- Espasmos musculares
- Dolor de cuello y espalda
- Hipertensión
- Fobias moderadas
- Tartamudeo

De acuerdo con la técnica de Relajación Progresiva el tiempo de este entrenamiento va de una semana a dos semanas y las sesiones deben durar alrededor de 15 minutos por día.

Por su parte Davis, Matthew y Eshelman (2010), mencionan que se puede practicar la relajación estando sentado en una silla, procurando que la cabeza se

encuentre apoyada en alguna superficie. Cada músculo o grupo de músculos se debe tensar de cinco a siete segundos y enseguida se relaja de veinte a treinta segundos. Se debe hacer el proceso al menos una vez. Es importante saber que si alguna zona continúa tensa, entonces se puede repetir el ejercicio hasta cinco veces. Puede decir las siguientes expresiones al mismo tiempo:

- Libero la tensión de mi cuerpo.
- Alejo la tensión de mi cuerpo.
- Me relajo y libero la tensión de los músculos.
- Dejo que la tensión se disuelva poco a poco.

Cuando se está más familiarizado con el proceso debe cerrar los ojos y concentrar la atención en un grupo muscular.

Existe el procedimiento básico y el abreviado de la relajación progresiva, sin embargo para fines de esta tesina, sólo se describirá el procedimiento básico ya que se desea controlar los síntomas de ansiedad y por ser el más completo, se obtendrá mayor relajación y autocontrol para combatir el Síndrome de Burnout.

❖ PROCEDIMIENTO BÁSICO:

El modelo que se describirá es el de Cautela y Groden (en Prettel 2012).

I. EXPLICACIÓN:

Cuando una persona está tensa o nerviosa algunos músculos se tensan. Si la persona aprende a identificar estos músculos y relajarlos, podrá relajarlos cuando se pongan tensos después.

Practicar la relajación dos veces al día o cuando se piense que lo necesita, ayudará a disminuir el nivel de ansiedad diario, de sentir miedo a cosas o situaciones nuevas.

II. LA POSICIÓN DE RELAJACIÓN

Debe sentarse en una silla y mantener la cabeza firme sobre los hombros. La espalda debe estar recta tratando de tocar la silla con la espalda. Mantener la piernas cruzadas y los pies apoyados al suelo.

III. TENSAR Y RELAJAR GRUPOS DE MÚSCULOS

Una vez estando en la posición de relajación comenzará a tensar y relajar grupos de músculos. Debe fijarse dónde siente la tensión. Es necesario se tense lo más que se pueda a medida que se contrae cada grupo de músculos. Posteriormente debe observar qué es lo que sientes cuando se relajan los músculos. La secuencia es:

1. Tensar los músculos al máximo
2. Notar lo que se siente cuando los músculos se encuentran tensos
3. Relajarlos
4. Disfrutar esa sensación.

➤ A continuación se describirá cómo tensar y relajar cada grupo muscular.

- *FRENTE*: Arrugue la frente. Fíjese dónde la siente tensa. Relaje lentamente su frente y ponga atención a las áreas dónde sentía tensión. Por unos segundos observe qué siente al tener esos músculos relajados.
- *OJOS*: Cierre con fuerza los ojos. Note dónde existe más tensión. Se debe sentir tensión por encima y debajo de cada párpado así como en los bordes interiores y exteriores de cada ojo. Relaje gradualmente los ojos al mismo tiempo que los vas abriendo, recuerda siempre observar las zonas más tensas antes de relajar.
- *NARIZ*: Arrugue la nariz. Y haga el mismo procedimiento que en la frente y los ojos.
- *SONRISA*: Haga que la boca y la cara adopten una sonrisa forzada. Los labios deben estar apretados contra las mejillas. Sienta las partes tensas, relaje lentamente. Observe lo que siente al tener los músculos relajados. Disfrute la sensación.

- **LENGUA:** Apriete la lengua fuertemente contra el paladar. Note la parte tensa. Relaje lentamente. Ponga especial atención a las áreas que estaban más tensas. Ahora observe la diferencia entre la tensión y la forma relajada.
- **MANDÍBULA:** Apriete los dientes. Note la tensión (músculos laterales de la cara y las sienes) Relaje gradualmente, note la sensación de distensión. Disfrute la sensación. Note la diferencia entre tensión y relajación.
- **LABIOS:** Apriete los labios y sáquelos hacia fuera. Realice el mismo procedimiento que en los músculos pasados.
- **CUELLO:** Tense el cuello. Note la tensión (en la nuca y a ambos lados de la nuca). Repita los procedimientos de poner atención, relajar gradualmente, notar la diferencia del antes y el después y disfrutar la sensación relajada. Hay otra alternativa para el cuello, consiste en mover la cabeza hacia delante hasta que toque la barbilla su pecho, después regresa lentamente a la posición vertical y repite el proceso para relajar.
- **BRAZOS:** Extienda el brazo derecho recto y con el puño cerrado, tense todo el brazo desde el hombro hasta la mano. Repita el procedimiento de notar, relajar gradualmente y observar la diferencia. Haga lo mismo con el brazo izquierdo.
- **PIERNAS:** Levante la pierna izquierda de forma que la punta del pie mire hacia arriba y dejala recta. Haga la secuencia de relajar. Repítalo con la pierna derecha.
- **ESPALDA:** Échese hacia delante de la silla. Levante los codos e intente unirlos a tu espalda. Repita el procedimiento para relajar.
- **TÓRAX:** Intente apretar o comprimir tu pecho. Repita el procedimiento para relajar.
- **ESTÓMAGO:** Tense el estómago, apriételo tan duro como si fuera una tabla. Por lo general la tensión se siente en el ombligo y en un diámetro de diez centímetros alrededor de éste. Repita el procedimiento para relajar.

- **DEBAJO DE LA CINTURA:** Tense toda la parte bajo tu cintura, incluyendo muslos y nalgas. Debe sentir como si se quisiera levantar de la silla, puede ser que tenga que tensar de nuevo las piernas. Repita el procedimiento para relajar.

IV. EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

Una vez terminada la secuencia; Deberá realizar una respiración profunda, mantenerla y expulsar el aire lentamente. Debe tratar de relajar el cuerpo mientras haces la exhalación.

2.5.2 TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO

De acuerdo con Lazarus & Folkman (1984 en Di Colloredo, Aparicio, & Moreno, 2007) el término *afrentamiento* se basa en el modelo animal que agrupa todos los actos que intentan controlar las condiciones adversas del entorno, y que reducen el grado de perturbación psicofisiológica producida por estas condiciones.

Aprender a desarrollar técnicas de afrontamientos es de utilidad cuando se trata de relajarse, bajar la ansiedad y aprender a enfrentar situaciones de estrés. Ayuda a tener mayor autocontrol en situaciones que provocan estrés, es decir no sentirse nervioso ni bloqueado por lo que está sucediendo, por el contrario ayudará a aprender a reaccionar de mejor manera. En estas técnicas se usa la relajación muscular progresiva. Antes de comenzar, se debe hacer una lista a nivel personal de las situaciones que se sabe provocan estrés y, se debe enlistar en orden de mayor a menor intensidad (Davis, Mckay, & Esthelman, 2010).

“Los procedimientos básicos de estas técnicas fueron formuladas por Suinn y Richardson en 1971 y por Marvin Goldfried en 1973 , como resultado del trabajo de Wolpe en la relajación muscular profunda y la desensibilización sistemática. Más tarde fueron extendidos por Meichenbaum y Cameron en 1974, en un programa terapéutico al que llamaron *Inoculación contra el estrés*” (Davis, Mckay, & Esthelman, 2010, p.161).

Lazarus y Folkman (1984 en Di Colloredo, Aparicio, & Moreno, 2007) dividen las estrategias en dos grupos, el primero el *afrontamiento centrado en la emoción*, y el segundo el *afrontamiento centrado en el problema*. El primero consiste en reducir el estrés emocional causado por una situación estresante, la segunda dirigida a la solución del problema para cambiar el curso de la situación estresante (Quuas, 2006).

Por otra parte Gil-Monte y Peiró (1997 en Quuas, 2006) plantean un tercer grupo de estrategias tanto conductuales como cognitivas, para que una persona pueda dominar, disminuir y tolerar las situaciones estresantes. En contraste Carver, Sheier y Wientraub (1989) dan a conocer una división más de la que Lazarus y Folkman proponían, asumiendo que existen tres formas de afrontamiento, la tercera es la *evitación al afrontamiento*.

Es por ello que Carver y col. (1989 en Quuas, 2006) a partir de dichas distinciones generales, asocian quince técnicas de afrontamiento, es decir 5 estrategias para cada grupo:

a) AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA:

1. *Afrontamiento activo*. Es cuando el sujeto toma acciones directas para ponerle fin al evento estresor o mejorar su efectos.
2. *Planificación*. Se trata de un afrontamiento analítico en el cual se debe pensar sobre cómo afrontar un estresor, de tal manera que se idea la estrategia(s) para poderlo manejar. Lazarus y Folkman (1984) lo llamaban evaluación cognitiva secundaria (Quuas, 2006).
3. *Supresión de actividades distractoras*: Son aquellas conductas que le ayudan a la persona a centrarse en aquello que le causa estrés y el cual debe enfrentar, y que al mismo tiempo evite otras actividades que hagan lo distraigan de ese objetivo.
4. *Refreno del afrontamiento*. Se refiere a todo lo que la persona hace con tal de demorar el momento para poder afrontar el problema, trata de

evitar que le afecte negativamente. Es una estrategia pasiva ya que no actúa.

5. *Búsqueda de apoyo social.* El sujeto busca apoyo social por dos medios: instrumental y emocional. El instrumental se refiere a la búsqueda de información, un consejo, apoyo económico o de alguna institución, etc. Por otra parte la búsqueda de apoyo social por razones emocionales es por ejemplo cuando la persona busca afecto, comprensión, simpatía, aceptación de otra persona.

❖ AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN:

1. *Búsqueda de apoyo emocional y social.* Son todas las acciones que toma el sujeto para buscar en otras personas emociones paliativas del estrés, es decir emociones que lo ayuden a sobrellevarlo, como el cariño, la simpatía y la comprensión.
2. *Reinterpretación positiva:* mediante esta interpretación el sujeto puede construir una situación estresante en términos positivos. Maneja el estrés emocional en vez de tratar el problema estresante (Di Colloredo, Aparicio, & Moreno, 2007).
3. *Aceptación.* Según Carver y col. (1989 en Quuas, 2006) la persona acepta la realidad de la situación estresante de tal manera que parece estar interesado en querer sobrellevarla. La aceptación tiene dos fases de afrontamiento: la primera ocurre en la evaluación cognitiva primaria al aceptar el estresor, y la segunda parte es la evaluación cognitiva secundaria, en la cual acepta la ausencia de una estrategia de afrontamiento.
4. *Desahogo.* Se refiere al aumento de la conciencia del propio malestar emocional, de tal manera que puede expresar o descargar los sentimientos que le provoca la situación estresante Carver y col. (1989 en Morán, Landero, & González, 2010).
5. *Religión.* De acuerdo a Morán, Landero, & González (2010) existe una tendencia a apegarse a la religión cuando se tiene problemas de estrés,

es decir comienza la persona a rezar o a centrar su atención en la religión, siendo un gran apoyo emocional ya que se genera una reinterpretación positiva de los problemas.

❖ EVITACIÓN AL AFRONTAMIENTO:

1. Negación. El sujeto niega y evita el afrontamiento activo, es decir evita la realidad del problema y pretende que no pasa nada (Quuas, 2006).
2. Desconexión conductual. Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor (Morán, Landero, & González, 2010).
3. Desconexión mental. De acuerdo con Quuas (2006) es una variante de la desconexión conductual, que sucede mediante la realización de actividades distractoras, lo cual alejan a la persona de la situación estresante. Algunos ejemplos son soñar despierto, dormir de más, ver mucha televisión, pasar tiempo en las redes sociales, etc.
4. Consumo de drogas. Es cuando las personas consumen en grandes cantidades alcohol u otras sustancias con el fin de disminuir el estrés que le provoca el problema a enfrentar.
5. Humor. Hace bromas acerca de la situación estresante.

Es relevante mencionar que de acuerdo con De la Rosa y col. (1998 en Quuas 2006) existe una relación respecto a estas técnicas y el síndrome de Burnout y plantean que los hombres suelen usar menos el desahogo como estrategia y que las mujeres hacen mayor uso de las que tienen que ver con apoyo social. Por otra parte Gil-Monte y Peiró (1997 en Quuas 2006) mencionan que el empleo de estrategias centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de Burnout y el empleo de estrategias de evitación, de escape y centradas en la emoción, facilita su aparición.

2.5.3 TÉCNICAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Todas las personas, estamos expuestos a una serie de situaciones en la vida que implican tener la capacidad de poderla resolver antes de que se conviertan en un problema.

La terapia de solución de problemas propuesta por D’Zurilla y Goldfried en 1971, se encuentra dentro de las técnicas cognitivas. De acuerdo con Labrador (2008) se trata de un proceso cognitivo, afectivo y conductual a través del cual la persona intenta encontrar soluciones a problemas específicos que se van presentando día con día. Tiene como objetivo mejorar la competencia social y disminuir malestar psicológico. Es un método para mejorar competencias sociales y una estrategia de afrontamiento en general, además de ser un método de autocontrol.

Fue en 1982 cuando D’Zurilla y Nezu renombraron dicha técnica como Terapia de solución de problemas sociales, ya que los problemas con los que se enfrenta una persona pueden ser tanto personales como interpersonales. Con esta terapia se puede hacer un camino de conducta más positivo, ya que su objetivo es producir consecuencias positivas, duraderas y generalizadas en el individuo.

De acuerdo con Labrador (2008), esta terapia es útil para tratar tanto problemas interpersonales (como problemas económicos), personales (por ejemplo: conflictos en la pareja, depresión, ansiedad, etc.) y/o sociales (como discriminación, malos tratos, etc.). “El entrenamiento en solución de problemas es un método que enfatiza la importancia de las operaciones cognitivas para comprender y resolver los conflictos intra e interpersonales”. (Gavino 1997, en Vélez 2016, p.43).

Dichas técnicas incluyen habilidades para conseguir la información, analizar las situaciones, examinar las posibilidades, visualizar alternativas, predecir opciones favorables para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado (Lazarus & Folkman, 1986 en Di Colloredo, Aparicio, & Moreno, 2007).

De acuerdo con Guerra (2000) existen personas que no son capaces de encontrar las soluciones ante dichas situaciones, debido a que en su día a día no se ha desarrollado esta habilidad para poder resolver problemas; Dichas personas experimentan el fenómeno de la “visión de Túnel”, el cual explica que la persona es incapaz de enfocar su atención en otra cosa que no sea el problema y por lo tanto le es complicado hallar las soluciones.

Las emociones juegan un papel fundamental a la hora de emplear la solución de problemas, D’Zurilla y Nezu (2007 en Labrador 2008) hablan de tres fuentes principales de activación emocional en la solución de problemas:

- a) La situación problemática objetiva: situaciones aversivas como frustración, dolor corporal, conflicto, etc., que generan ansiedad, depresión, ira, etc., en otras personas estas situaciones no producen emociones negativas ya que pueden afrontarlas.
- b) La orientación al problema: Si la persona tiene baja tolerancia a la frustración, puede generar emociones positivas, negativas o ambas. Las positivas se dan si la persona ve normal el problema y le ve solución. Las negativas si la persona no le encuentra solución.
- c) El estilo de solución de problemas: Un estilo adaptativo (solución racional) permite solucionar el problema, un estilo desadaptativo (impulsivo o evitativo) dificulta el poderlo resolver.

Labrador (2008) menciona que existen cinco pasos para el proceso de resolución de problemas:

1. Orientación y sensibilización hacia los problemas: consiste en que el sujeto concentre su atención en situaciones problemáticas para que pueda incrementar su sensibilidad a ellas. El objetivo de la intervención es modificar las creencias y expectativas que se tiene sobre los problemas y poder controlar dichas ideas para poder darles una solución. Así se logra disminuir el malestar al vivir dichas experiencias, al tiempo que se ven los problemas como algo cotidiano e inevitable y con las armas adecuadas

para enfrentarlos. En esta fase se debe: fomentar creencias de autosuficiencia, saber reconocer los problemas y verlos como retos, así como aprender a controlar emociones y aprender a pensar antes de actuar.

2. Definición y formulación del problema: tiene la finalidad de que la persona pueda definir el problema en términos operativos, es decir que se le dé una estrategia para poder operar en esa situación. En esta fase lo que se hace para lograr ese objetivo es:

- Buscar toda la información posible basada en hechos, descrita en términos concretos, específicos y relevantes. D’Zurilla y Nezu (2007 en Labrador, 2008) sugieren que la técnica role-playing imaginario puede ayudar en esta fase.
- Describir los hechos relacionados con el problema en términos claros, precisos y objetivos.
- Identificar los factores que hacen de la situación, pensamientos o persona (s) un problema.
- Diferenciar la información relevante de la que no lo es. Centrarse en hechos objetivos. No hacer inferencias o interpretaciones que no se puedan verificar.
- Plantear metas de solución de problemas realistas y que sean posibles de realizar.

3. Generar soluciones alternativas: esta fase tiene como objetivo que la persona sea capaz de encontrar un amplio abanico de posibles soluciones a su problema; Es una buena idea realizar la “tormenta de soluciones”, pero debe ser guiada por una serie de reglas para que puedan llegar a un buen término. Los principios a seguir para este fin son:

- Principio de aplazamiento del juicio: una persona generará mejores soluciones si no tiene que evaluarlas en el momento, también está

prohibida la crítica o el juicio ya que inhibe la creatividad para dar soluciones, es por ello que cualquier alternativa es válida.

- Principio de la variedad: es válido usar la imaginación, para poder generar mayores posibles soluciones.
- Principio de cantidad: mientras más opciones de resolución se tenga, mejor será.

Es común que en este proceso interfieran las emociones, la ansiedad, la depresión, llegar a la misma solución de siempre, falta de información, etc. Si ese es el caso es necesario hacer uso de otras técnicas como la de la relajación, una vez relajada la persona puede realizar este proceso.

4. Toma de decisiones: el objetivo de esta fase es evaluar (comparar y juzgar) las posibles alternativas de solución a corto y largo plazo de cada una de ellas, de esta manera se podrá ponderar y razonar acerca de cada una. Es conveniente que se le asigne un puntaje a cada solución de esta manera podrá elegir la solución con mayor puntaje y ponerla en marcha.

Esta fase se basa en dos modelos de decisión teórica:

- a) La teoría de la utilidad esperada, en la cual la elección de la conducta se basa en un análisis de coste/beneficio.
- b) La teoría de la perspectiva, que toma en cuenta los efectos perceptivos y subjetivos de la conducta elegida.

En esta fase, se usarán ambos criterios para cada solución, se evalúan los costes y beneficios a corto y a largo plazo, además del bienestar personal y social.

Para hacer de esta fase una tarea más sencilla es conveniente realizar una hoja de decisiones como la que aparece en la tabla 2.

Tabla 2. Ejemplo de hoja de toma de decisiones

	Alternativas				
	1	2	3	4	5
<p style="text-align: center;">Ventajas</p> <p>-Beneficios.....</p> <p>-Consecuencias negativas.....</p> <p>-Tiempo y esfuerzo.....</p> <p>-A corto plazo.....</p> <p>-A largo plazo.....</p> <p>-Adecuación a los propios valores y metas.....</p> <p>-Adecuación al medio (familiar, laboral, amistades, etc.).....</p> <p>○ Total:.....</p>					
<p style="text-align: center;">Desventajas</p> <p>-Costes.....</p> <p>-Consecuencias negativas.....</p> <p>-Tiempo y esfuerzo.....</p> <p>-A corto plazo.....</p> <p>-A largo plazo.....</p> <p>-Adecuación a los propios valores y metas.....</p> <p>-Adecuación al medio (familiar, laboral, amistades, etc.).....</p> <p>○ Total:.....</p>					
<p style="text-align: center;">Ventajas – desventajas.....</p>					
<p style="text-align: center;">Alternativas</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p>					

(Labrador, 2008, p.472)

5. Ejecutar la solución y verificarla: el sujeto debe poner en práctica la solución decidida y evaluar su efectividad. Para ello, es necesario:
 - *Autoobservarse*, observar la propia conducta ejecutada y los resultados de la misma.

- *Autoevaluación*, comparar el resultado de la solución dada con la esperada.
- *Autorreforzamiento*, si la solución ha sido satisfactoria, reforzarse a sí mismo que lo ha hecho bien.

2.5.4 TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL

La terapia racional emotiva–conductual (TREC) antes conocida como terapia racional-emotiva (TRE), fue desarrollada por su fundador Albert Ellis en 1953, quien agregó el término *conductual* ya que frecuentemente usaba técnicas conductuales en sus intervenciones terapéuticas (Labrador, 2008).

Esta terapia se encuentra ubicada dentro de las terapias racionales y de reestructuración cognitiva, junto con otras como la terapia cognitiva de Beck y el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum. Todas ellas comparten concepciones comunes como la importancia de los procesos cognitivos en el desarrollo de las disfunciones emocionales y conductuales y en que el terapeuta busca detectar, analizar y modificar las variables cognitivas desadaptadas y sustituirlas por patrones racionales y adaptativos.

De acuerdo con Labrador (2008) su teoría se basa en el supuesto de que las personas tienen ideas irracionales ante la vida, que aunque creadas por ellos mismos se mantienen en sus mentes, perturbando sus emociones y conductas. Es por ello que los problemas psicológicos que presenta el paciente son por la forma en que interpreta su ambiente, circunstancias y creencias sobre sí mismo. Estos pensamientos son falsos, debido a que sólo son interpretaciones de la realidad, son disfuncionales porque dificultan la obtención de metas y son automáticos, se dan sin que la persona lo sepa.

Las ideas irracionales se pueden agrupar en un número reducido de categorías que hacen *las ideas irracionales básicas*:

- 1) Tengo que ser amado y tener la aprobación de todas las personas importantes en mi vida.
- 2) Si soy una persona valiosa, tengo que ser siempre competente y capaz para alcanzar lo que me propongo.
- 3) Las personas malas o inmorales deben ser castigadas por actuar de esa forma.
- 4) Es catastrófico que las cosas no salgan como deseo o espero.
- 5) Las desgracias humanas tienen orígenes externos y no puedo hacer nada para controlar o evitar el sufrimiento que me producen.
- 6) Debo estar alerta porque puede pasar algo terrible y debo sentirme preocupado.
- 7) Es mejor evitar los problemas en lugar de afrontarlos.
- 8) Debo apoyarme en personas más fuertes que yo.
- 9) El pasado determina en mi presente y futuro ya que es seguro me vuelva a ocurrir lo mismo.
- 10) Debo asumir los problemas de los demás como míos y por lo tanto sufrílos como tal.
- 11) Cada problema tiene una solución perfecta y si no la encuentro es horrible.

Las ideas irracionales pasadas están fundamentadas en tres nociones básicas en las que las personas hacen exigencias de carácter absoluto a sí mismas y hacia los demás:

- 1) *Tengo que* actuar bien y *tengo que* ganar la aprobación de los demás hacia mi forma de actuar.
- 2) Todas las personas *deben* actuar de forma agradable, considerada y justos conmigo, de lo contrario son malos y merecen lo peor.
- 3) La vida *debe* ser fácil y buena para poder conseguir lo que deseo sin esforzarme o incomodarme.

Estas exigencias absolutas generan *distorsiones cognitivas* y a su vez se relacionan con las creencias irracionales, haciendo en conjunto:

- 1) Predominar lo negativo de las situaciones.
- 2) Exagerar lo incomodo de una situación.
- 3) Condenar a las personas si no se le da al individuo lo que el cree merecer (Dryden y Ellis, 2001 en Labrador, 2008).

Por lo tanto estas exigencias y creencias generan en la persona, ansiedad y malestar emocional. Por ello en cada persona es importante indagar sobre sus ideas irracionales y enseñarle cómo dejar esos pensamientos para que pueda conseguir sus metas, aumentar su tolerancia a la frustración y su autoaceptación.

El proceso de la TREC consta de cuatro fases:

- 1) Evaluación de los problemas, explicación del esquema A-B-C y del método terapéutico que se va a seguir.

Averiguar mediante la entrevista de evaluación qué tipo de problemas tiene la persona. Ellis divide los *problemas en internos y externos*, los internos son las perturbaciones emocionales como ansiedad, depresión, ira, culpa, aislamiento, adicciones, etc., mientras que, los problemas externos son aquellos que dependen del ambiente, como las preocupaciones laborales, problemas específicos de vida.

Se hace uso del esquema A-B-C, donde:

(A) es la situación activadora o acontecimiento adverso.

(B) es el pensamiento irracional o las creencias de la persona.

(C) es la consecuencia emocional de la persona que genera la situación y el pensamiento irracional.

Se hace hincapié en que se trabajará sobre (B) ya que es lo que hace que aparezca (C). Una vez resuelto esto se trabajara por último en (A) ya que son los problemas interpersonales que presenta la persona.

2) Detección de las ideas irracionales e identificación de su papel en los trastornos emocionales.

A través del *diálogo terapéutico* la persona descubre sus ideas irracionales y mediante preguntas bien formuladas se le ayuda a darse cuenta de ellas. El paciente se debe dar cuenta de las exigencias internas. En esta etapa se deben hacer *autoregistros* diarios de pensamientos que identifique como irracionales y, es conveniente hacerlo fuera de consulta (Labrador, 2008).

3) Debate y cambio de las ideas irracionales.

El terapeuta ayuda a la persona a eliminar las ideas irracionales mediante un debate, esto ayudará a que se cuestione la veracidad de sus pensamientos analizando:

- Aspectos a favor y en contra de cada pensamiento.
- Tipos de argumentos ilógicos y falsos que usa para mantenerlos.
- Herramientas para generar creencias racionales como alternativa.
- Los beneficios que le traerá el adoptar creencias racionales, para que se motive y adquiera un compromiso para hacerlo.

Ellis aconseja seguir el debate por medio de un método hipotético-deductivo que se resumen en cinco reglas:

- Empirismo: aceptar como realidad sólo lo que se puede observar y comprobar.
- Lógica: son válidas las proposiciones que se derivan de forma lógica y sin contradicciones.
- Flexibilidad: disposición para cambiar las ideas propias por nueva información.
- Ausencia de valoración moral: no se pueden hacer valoraciones de bondad o maldad de los hechos.

- Probabilismo: la ciencia no garantiza que si se hacen ciertas acciones se obtengan determinados objetivos, sólo se establecen probabilidad en mayor o menor medida.

Para demostrar que una creencia es irracional se puede hacer uso de un procedimiento conocido como *reducción al absurdo*, donde se lleva al extremo esta idea de tal manera que lo ilógico se muestra y la persona ve la necesidad de reformular dicha creencia. Una forma de afianzar el aprendizaje y la reestructuración cognitiva es hacer como ya se mencionó el autoregistro (ver tabla 3).

Tabla 3. Autoregistro de pensamientos y creencias irracionales.

Día y hora	Situación (A)	Pensamiento irracional (B)	Consecuencias emocionales y de conducta (C)	Refutación y creencia racional eficaz (D)	Sentimientos y conductas experimentados con la nueva creencia racional (E)

(Labrador, 2008 p. 504).

4) Aprendizaje de una nueva filosofía de vida.

La última fase de esta terapia es la de *aprender una nueva filosofía de vida*. Su objetivo es arraigar las nuevas creencias racionales sobre las que se ha trabajado en la fase anterior. Se debe *fortalecer el hábito* y convencerse a sí mismo de la validez de lo aprendido. Esto se logra con *tareas programadas para casa*, debe enfrentarse a los acontecimientos activadores:

- (A) = Acontecimiento Activador
- (B) = Pensamientos y creencias
- (C) = Consecuencias Emocionales-Conductuales
- (D) = Debate (de Creencias Irracionales)

(E) = Evaluar Efectividad (del Debate de creencias)

La TREC utiliza diversas técnicas cognitivas – conductuales tales como:

a) LA IMAGINACIÓN RACIONAL EMOTIVA

Tiene como objetivo practicar la sustitución de pensamientos irracionales por racionales. El terapeuta le pide al sujeto que cierre los ojos e imagine una situación (A) que le genere sentimientos negativos, y que relate los pensamientos que le vienen a la cabeza (B) que hacen se sienta mal (C). Después se le pide debata esos pensamientos y los cambie por unos racionales (D) y describa los efectos en sus emociones con esos nuevos pensamientos (E).

b) EJERCICIOS PARA ATACAR LA VERGÜENZA

Se usa para que el sujeto practique el pensamiento racional y acepte las emociones negativas como algo normal en su vida. Se le pide al sujeto que se exponga a una situación no peligrosa que le genere un pensamiento irracional y sentimientos como vergüenza, temor, etc., y que acepte ese sentimiento, practicando decirse pensamientos racionales.

c) ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES

El terapeuta y el sujeto elaboran durante las sesiones, un listado de frases racionales que le sirvan para minimizar los irracionales. Las debe escribir en fichas y leerlas varias veces al día para memorizarlas y podérselas decir a sí mismo en situaciones que le hagan sentir incómodo.

d) TÉCNICAS CONDUCTUALES

Se usan los ensayos de conducta, el entrenamiento en habilidades sociales, exposiciones a las situaciones temidas, entrenamiento en resolución de problemas.

e) TÉCNICAS HUMORÍSTICAS

Consisten en hacer uso de chistes, frases ingeniosas, irónicas, lenguaje exagerado, juego de palabras, etc., con el fin de ayudar a minimizar la situación, y que se rían de sí mismos, tomarse más a la ligera su malestar, y no fomentar la autocompasión.

f) TAREAS PARA CASA

Realización de actividades tanto cognitivas como conductuales, ya se autoregistros, formularios de autoayuda, exponerse a las situaciones, escuchar y debatir grabaciones.

2.6 RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADOR

- HÁBITOS SALUDABLES:

Es primordial que el cuidador recuerde que es primero consigo mismo con quien tiene una gran obligación y responsabilidad, debe saber cómo se previene el desgaste físico y emocional que produce el trabajo constante con un enfermo. Antes que tener el conocimiento de técnicas sencillas y métodos, es fundamental se tengan hábitos saludables, ya que sin ellos las técnicas no tendrían mayor importancia, Centeno (2004) enlista una serie de necesidades básicas a cubrir para mantener un sano equilibrio interno las cuales son:

- DORMIR LO NECESARIO:

Es frecuente en los cuidadores la falta de una adecuada higiene del sueño, ya que se atiende primero al familiar por la noche antes de irse a dormir. La falta de un sueño reparador es la causa de problemas tales como: la irritabilidad, falta de atención, predisposición a los accidentes, somnolencia en momentos donde se debería de estar alerta, etc.

En cualquier persona el no dormir bien hará que aumente la tensión emocional y la fatiga, pero en el cuidador será crucial ya que se trata de evitar que se aumenten los mismos.

- EJERCITARSE CON REGULARIDAD:

Realizar actividades físicas es fundamental para la salud ya que combate la depresión y la tensión emocional, es una opción sana para erradicar las tensiones que se acumulan en el día a día. Puede optar por hacer ejercicios en casa como pegarse a la pared y levantar cada pierna 15 veces y hacer 3 repeticiones, jalar y empujar una silla para mover los brazos, recoger una pelota del suelo y tratar de alcanzar el techo, darle vueltas a la casa, si tiene escaleras subirlas y bajarlas. Puede aprovechar los tiempos en los que el paciente está viendo la televisión para realizar estos ejercicios.

- EVITAR LA SOLEDAD:

Los cuidadores suelen aislarse de amistades y familiares cuando están a cargo de una persona, ya que les dedican la mayoría de su tiempo, sin embargo esto no es saludable, ya que ocasiona una sensación de sobrecarga y estrés. Se recomienda que en tiempos libres estén con otras personas para poder liberar el estrés contenido por seguir la rutina.

- SALIR DE CASA:

Es un buen hábito pasar tiempo fuera de casa, como visitar a alguien, salir a pasear al perro, dar una caminata por un parque, ir al cine, etc. Es importante este hábito para evitar la sensación de estar atrapados.

- CONSERVAR INTERESES.

Otro buen hábito es el mantener intereses personales, puede realizar una lista de actividades que desearía hacer y poco a poco ir cumpliendo con dichas actividades de tal forma que pueda disfrutarlas y se haga un hábito.

- DESCANSAR.

Es necesario darse un descanso, hacerlo parte de la rutina diaria es sano, es decir dentro de las actividades diarias como cuidador, distraerse y relajarse debe ser parte de su vida diaria, existen formas sencillas de distraerse, puede respirar profundamente, detenerse por lapsos, tomar cinco minutos para dar

una vuelta por la colonia, etc., esto hará que se tengan grandes beneficios a la salud.

- ADMINISTRAR EL TIEMPO.

El poco tiempo disponible es una preocupación para los cuidadores, ya que todo lo mencionado anteriormente se limita si ve que no podrá cubrir todas las actividades que tiene como cuidador, las personales y familiares, es por ello que es una buena idea planificar la semana, e incluso al mes, de esta manera logrará diferenciar entre las actividades que son prioritarias de las que no lo son tanto, es importante que se marquen objetivos realistas, que pueda contar con otros miembros de la familia para que todos formen parte de la rutina de actividades y poder cubrir todo, además de que hace que la familia se una y participe en las actividades y decisiones. En este punto es importante que comience a delegar responsabilidades a otras personas para poder tener tiempo para sí mismo.

- COMUNICACIÓN ASERTIVA.

En muchas ocasiones los cuidadores tienen dificultades para expresar lo que sienten, les cuesta trabajo poner límites a la persona cuidada, no saben pedir ayuda a otros familiares, otras veces no saben decirle al familiar que está bajo su cuidado que les ha molestado alguna situación por miedo a herir sus sentimientos o por complicar más su enfermedad. Es por ello que es importante poner en marcha las siguientes recomendaciones para tener un hábito sano al comunicarse:

1) ¿Cómo ser asertivo? Ser asertivo significa tener la capacidad de no dejarse manipular y a su vez no manipular a los demás, de hacer y pensar las situaciones por convicción propia, esta persona sabe sobre sus propios derechos y también los de los demás, es una persona que sabe pedir favores, respeta a los demás, sabe decir no y sabe expresar sus sentimientos.

2) Aprender a pedir ayuda. Puede que para algunos cuidadores el pedir ayuda sea una tarea difícil ya que temen ser rechazados, o existen los que piden ayuda de manera hostil, es por ello que se aconseja:

- Pedir autorización
- Decir las cosas directamente y con precisión
- Ser empáticos y positivos al expresar la petición
- Comprobar que la persona a la que se le pide la ayuda este de acuerdo con la misma.
- Practicar pedir ayuda varias veces para que le sea más sencillo cada vez.
- Manifestar pensamientos y sentimientos
- Ofrecer un compromiso

3) Saber decir no. Es crucial para el cuidador aprender a decir NO, ya sea a peticiones o demandas de otras personas o incluso a las de la persona que cuidar, se recomienda aprender a escuchar las peticiones, verbalizar de manera precisa, no justificar su negativa, buscar alternativas para la persona y no sentirse culpables por ello.

4) Saber hacer y recibir críticas. Es común que reciban críticas o reproches de cómo realizar actividades con respecto al enfermo, por lo general vendrán de personas cercanas u otros familiares, la mejor manera para afrontar tales situaciones es:

- Pedirle a la persona que le explique el ¿qué?, ¿cómo?, ¿por qué?, ¿dónde? , acerca de la crítica.
- Si la crítica es justificable, es necesario aprender a admitir el error, reconocerlo y no enojarse por ello.
- Por el contrario si se trata de una crítica mal intencionada, es importante no mostrarse agresivo con la otra persona, no contraatacar, lo mejor será no tomárselo personal y hacer caso omiso de la misma.

- 5) Saber expresar sentimientos positivos .Es fundamental para las personas el saber liberar sentimientos positivos, saber expresar aprecio, agradecimiento, etc., ayudará al cuidador a sentirse en equilibrio consigo mismo. Es importante que abrace y bese, que dé regalos, que de apoyo emocional o moral a la persona a la que quiere demostrarle, incluso al mismo familiar que se cuida.

Capítulo 3 DISCAPACIDAD MOTRIZ

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A lo largo de la historia del mundo se han observado las diversas actitudes sociales hacia las personas con deficiencias y/o discapacidades, formando parte de ella y de la cultura de trato hacia ese grupo de población (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004).

❖ Pre-Historia:

La medicina prehistórica se basó en remedios naturales para las diversas enfermedades y alteraciones congénitas como asimetrías óseas, gigantismo, enanismo, artritis, etc. (Laín, 1988 en INEGI, 2004). Con el paso de los años dichas prácticas evolucionaron en formas más complejas como el uso de astillas de árbol para inmovilizar fracturas o de imputaciones. Aguado (1995) menciona que en la antigüedad una de las prácticas más frecuentes era la Trepanación de cráneos, en excavaciones arqueológicas se encontraron restos de cráneos trepanados y entre ellos los de un niño con hidrocefálea en la península danesa de Jutlandia.

Cabe destacar que en la antigüedad existía un modelo, el animismo que consideraba que los males eran provocados por poderes ajenos a los humanos y por ello hacían uso de curaciones espirituales (Sheerenberger, 1984 en INEGI, 2004).

❖ Historia:

La sociedad griega de los siglos V al II a.C. tenía una fascinación por la salud y la belleza física, por ello las personas que no tuvieran características aceptadas en estos cánones eran sometidas a realizar prácticas eugenéticas como los infanticidios. De igual manera los romanos practicaban el infanticidio, la mutilación y la compra de personas con alteraciones físicas por diversión (INEGI, 2004).

Adicionalmente Hernández (2015) habla sobre la carga social que representaban estas personas para la sociedad, incluso pensaban que sus condiciones tenía un origen religioso derivado de algún pecado cometido.

Sin embargo en algunas culturas se comenzó a reconocer la necesidad de apoyar a estas personas. Por ejemplo en China, Confucio hablaba sobre la responsabilidad moral, sobre la amabilidad y ayuda a los débiles; en la India, Buda promulgó la compasión, caridad, la igualdad de todos y el amor; en Babilonia y Persia se creó el Código de Hammurabi, el cual presentaba preceptos duros tales como el ojo por ojo, pero también incluía preceptos compasivos como la adopción de niños sin excluir a los que tenían deficiencias (Aguado, 1995).

❖ Edad Media:

Durante la Edad Media los cristianos (La Inquisición) traducían algunas de las deficiencias mentales como posesiones diabólicas, haciendo uso de la medicina monástica en la cual el monje reemplaza al médico. De igual forma se experimentó la etapa de marginación en la cual tenían que recurrir a mendigar y apelar a la caridad de los demás (Palacios y Romañach 2006, en Seoane, 2011). Mientras tanto con las cruzadas y demás guerras de la época, se multiplicaron las personas discapacitadas y a pesar de que en esos tiempos era difícil sobrevivir, se crearon instituciones auspiciadas en su mayoría por la Iglesia Católica para ayudarlos. No obstante, las personas con discapacidad seguían siendo marginadas socialmente y estigmatizadas (Padilla, 2010).

Personajes como Martín Lutero y Juan Calvino consideraban que las personas con discapacidad tenían el diablo adentro, por lo que recomendaban matarlos (Ledesma, 2008).

❖ Edad Moderna:

“Es hasta el siglo XVIII donde se da la fase de exclusión, en la cual la persona con discapacidad era equiparada y tratada como un animal salvaje“(Seoane, 2011 p.145). Así pues a finales de este siglo comienzan a disminuir las medidas

drásticas, aumentando de este modo el abandono, los asilos, manicomios y reformatorios. Seoane (2011) señala que es hasta comienzos del siglo XIX (la era del progreso) cuando comienza la fase de reclusión, en la que a la persona con discapacidad se le veía como un animal doméstico y deja de ser excluida adquiriendo la categoría de ser humano enfermo. Aguado (1995) mencionó que a finales del siglo XIX es cuando surge un progreso más amplio en las ciencias sociales, viendo nacer la psiquiatría en el ramo médico, el psicoanálisis y la psicología clínica.

Autores como Ledesma, (2008) refieren que se alcanza la fase compasiva y filantrópica en el primer cuarto del siglo XX, (Seoane, 2011) que es interrumpida por las guerras y, se prolonga durante la primera mitad de este siglo. Dejando un sinnúmero de personas discapacitadas física y mentalmente, creando de este modo cierta conciencia sobre el problema, y aunque seguía percibiéndose como una desgracia, esto generó compasión la cual determinó iniciativas caritativas y de benevolencia (Padilla, 2010)

Es a partir de los años sesenta del siglo pasado cuando se alcanza la fase, de integración y normalización, en la que la persona con discapacidad se considera, al fin, un ser humano. De tal modo que se incorpora a la sociedad, aceptándolo y respetándolo en su diferencia, normalizando el entorno y dando vida a los servicios especiales para las personas con discapacidad (Seoane 2011 en Hernández Ríos, 2015).

En 1971 La Asamblea General de las Naciones Unidas difundió la Declaración de los Derechos del Retraso Mental y en 1975 la Declaración de los Derechos de los Impedidos.

Por su parte la OMS, a través del Centro de Clasificación de Enfermedades de París, desarrolla en 1976 una propuesta publicada en 1980 titulada International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Después de amplias discusiones conceptuales su traducción al español en 1983 fue Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) (Casado, 1990 en INEGI 2004).

En 1980 se celebró en Winnipeg, Canadá la 14° Conferencia Mundial de Rehabilitación Internacional dando como resultado la publicación de la Carta para los años 80, que adopta los conceptos de la CIDDM y pone tres objetivos de acción directa: prevención, rehabilitación e integración y participación igualitaria (Rehabilitación Internacional, 2003 en INEGI 2004).

En 1993 la ONU presentó propuestas en las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad, cuya base se encuentra la Declaración Universal de Derechos Humanos (INEGI, 2004).

❖ México

En el caso de México, el pensamiento prehispánico era dado por los curanderos y sacerdotes, los únicos capaces de administrar hierbas curativas. Las causas de las deficiencias y enfermedades en las comunidades prehispánicas, en especial la azteca, eran asociadas a: razones naturales, castigo divino, maleficios de algún enemigo y por la influencia de astros (Álvarez, et al; 1960 en INEGI, 2004).

En la cultura náhuatl las interpretaciones a dichos padecimientos eran animistas y su cura era por medio de la herbolaria, los cuales quedaron manifiestos en los Códices Florentino Badiano, donde se dejó el tratamiento de enfermedades, deficiencias y discapacidades como la epilepsia, ceguera y sordera.

Sin embargo, esta preocupación por atender a la población enferma, específicamente con discapacidad, no se limitó únicamente a lo médico. Ya que la organización de los pueblos prehispánicos se modificó con la llegada de los españoles, dando cabida a una estructura social apegada a principios curativos basados en la religión católica.

Es durante la Colonia cuando se crean Instituciones de beneficencia conformadas mayormente por religiosos, en las cuales se brindaba protección y asistencia a los enfermos y necesitados.

En 1566 Fray Bernardino Álvarez Herrera, funda el Hospital de San Hipólito en la Ciudad de México, el primer hospital en el continente dedicado a los cuidados de las personas con enfermedades mentales (INEGI, 2004).

Posteriormente con el crecimiento de las ciudades aumentó la necesidad de este tipo de establecimientos, como la creación del Hospital de Belén en 1794 en Guadalajara y en Monterrey el Hospital Civil, donde se atendían deficiencias mentales. Fue a finales del siglo XIX y principios del XX cuando se fundaron instituciones de este tipo en Yucatán, Veracruz, Jalisco y Puebla (SSA, 2003 en INEGI, 2004).

Es en la época de la Reforma cuando los bienes eclesiásticos pasan a formar parte del Estado, lo que implicó un cambio en el concepto de caridad a una idea de apoyo por parte de las instituciones gubernamentales (Fuentes 1998 en INEGI 2004).

En 1861, Benito Juárez ordenó el establecimiento de una escuela para sordomudos en la capital de la República y fue fundada en 1866 por José Urbano Fonseca, dividiendo la educación en dos partes, la primera para la adquisición de conocimientos generales y la segunda para el aprendizaje de un oficio (Fuentes 1998 en INEGI 2004).

Durante el Porfiriato proliferan diversas organizaciones privadas y entre ellas algunas del sector eclesiástico. Porfirio Díaz inauguró en terrenos de la hacienda La Catañeda, el Manicomio General, que durante décadas dio servicio a la población.

En 1944, la Ley del Seguro Social plasma la obligación de proteger los medios de subsistencia de los trabajadores que resultaran afectados por riesgos laborales y les produjeran algún tipo de discapacidad (Álvarez, et al; 196 en INEGI 2004).

Debido a la proliferación de epidemias de poliomielitis es que la medicina de rehabilitación en México toma impulso. En 1951 el Hospital Infantil de México inicia

la capacitación de médicos y terapeutas físicos, siendo Alfonso Tohen y Luis Guillermo Ibarra los pioneros en investigación en rehabilitación.

En 1968 se constituye la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN) un organismo público descentralizado, y es en 1974 cuando se reestructura dando lugar al Instituto Mexicano para la infancia y la familia (INEGI,2004).

En 1977 se creó un Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el cual debía beneficiar a la población con desventaja social. De 1983 a 1988 , el Plan Nacional de Desarrollo realiza nuevas acciones para proteger a las personas minusválidas, ancianos y familias en general, por lo que, el DIF estableció programas de Rehabilitación que abarcaron actividades en invalidez del sistema neuro-músculo-esquelético, comunicación humana, ceguera y salud mental.

Se crea en 1995 la Comisión para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (CONVIVE) planteándose como objetivo la integración de las personas con alguna discapacidad, así como garantizar sus derechos humanos, políticos y sociales, la igualdad de oportunidades y accesos a servicios de salud (INEGI, 2004). Para cumplir con dichos objetivos se crearon ocho subprogramas con base en las propuestas hechas por la ONU en 1993. Dichos subprogramas fueron: el Programa de Salud, Bienestar y Seguridad Social, Programa de Educación, Programa de Rehabilitación Laboral, Capacitación y Trabajo, Programa de Cultura, Recreación y Deporte, Programa de Accesibilidad, Telecomunicaciones y Transporte, Programa de Comunicación, Programa de Legislación y Derechos Humanos y el Programa del Sistema Nacional de Información sobre Población con Discapacidad (CONVIVE, 1999 en INEGI, 2004).

3.2 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

Ahora bien es aquí cuando comienza a elaborarse la reflexión contemporánea sobre el concepto y significado de la discapacidad (Seoane, 2011).

Toda esta historia dio pie a la dialéctica actual entre el modelo médico y el modelo social. Ambos serán explicados en el siguiente apartado.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS (2016) existen más de mil millones de personas (15% de la población) que padecen algún tipo de discapacidad. De igual manera, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término que abarca limitaciones y deficiencias de la actividad además de restringir la participación en la misma.

De acuerdo con el INEGI (2004), los términos que se asocian a la discapacidad (deficiencia, disfunción, minusvalía) son el resultado de conceptos médicos y sociales, mismos que son muy diferentes en cuanto a su visión aunque si se complementan. Esto quiere decir que la discapacidad “no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social” p.32 (OMS, CIF, 2001).

El *modelo médico* ve a la discapacidad ya no desde la parte religiosa, sino científica (Hernández, 2015), desde un enfoque biologicista que lo considera un problema derivado de alguna enfermedad, trauma o de un estado de salud, el cual requiere de cuidados médicos en forma de tratamiento individual (INEGI, 2004). Este modelo ve a la discapacidad como una desventaja natural, en la cual se hace una intervención biomédica como prácticas de rehabilitación para poder reparar o revertir estas deficiencias con la finalidad de poder garantizar que esa persona tenga un estándar en la funcionalidad en comparación con otras personas que tengan la misma especie de discapacidad. (Diniz, Barbosa, & dos Santos, 2009). Dicho modelo de acuerdo con Padilla (2010), ha sido criticado por centrarse en los impedimentos en lugar de la persona, asociando elementos como la permanencia, dependencia y pasividad. Por el lado político este modelo ha privilegiado a las instituciones y la rehabilitación como los medios para atenuar los efectos de la discapacidad.

El modelo médico se consagró por medio de la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)*, la cual fue publicada en

1980 gracias a la Organización Mundial de la Salud. Entre las aportaciones más destacadas se encuentra la aproximación conceptual de tres niveles diferentes: deficiencia, discapacidad y minusvalía (Hernández, 2015).

- **DEFICIENCIA:** De acuerdo con la CIDDM, deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura corporal o función psicológica, fisiológica o anatómica. Se presentan trastornos en cualquier órgano, conlleva la pérdida de miembros o de sentidos, disfunciones o limitación de funciones, por ejemplo, la ceguera, sordera, mudez, amputación de algún miembro y el retraso mental y la esquizofrenia (Padilla, 2010).
- **DISCAPACIDAD:** es definida como toda restricción o ausencia (a causa de una deficiencia) de la capacidad para ejercer una actividad dentro de lo que se considera normal para una persona. Padilla (2010) menciona que las dificultades para ver, oír o hablar normalmente, moverse o subir las escaleras, bañarse o comer, son ejemplos de discapacidades.
- **MINUSVALÍA:** se refiere a las desventajas que vive el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, reflejando dificultades en la interacción y adaptación del individuo al entorno. Padilla (2010) refiere por su parte que son las circunstancias en las que es probable se encuentren las personas discapacitadas, ya que la minusvalía, describe la situación social y económica de las personas con deficiencias o discapacidades, teniendo desventaja en comparación con la de los demás.

Dicha estructura de tres niveles de la CIDDM de 1980, no fue satisfactoria ya que omite y no toma en cuenta los factores individuales y sociales. Es por ello, que se da origen al *modelo social*, el cual pretende añadir y corregir lo que faltó (Hernández, 2015).

Es en el *modelo social*, donde se considera que la discapacidad es un conjunto de condiciones creadas en su mayoría por el ambiente social. Desde esta perspectiva, la discapacidad se considera como una idea creada por la sociedad derivada de su incapacidad para adaptarse a las necesidades de personas con

carencias que ellos no poseen (Hahn, 1986, en Barton, 1995, en INEGI, 2004). De igual forma Diniz, Barbosa, & dos Santos (2009) mencionan esta forma de entender a la discapacidad como una manifestación de la diversidad humana. Es decir, si un cuerpo tiene deficiencias físicas, mentales o sensoriales no tiene por qué experimentar barreras sociales ya que la garantía de igualdad entre personas (tengan o no deficiencias) es esencial en cuestiones de derechos humanos. Este modelo fue cuestionado debido a que no contemplaba las causas médicas que influyen también para determinar la discapacidad. Por lo tanto, en 2001 la OMS hizo una revisión con el fin de armonizar ambos modelos, la cual derivó en la creación de *La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud* -CIF 2001- en la cual se concibe a la discapacidad como un fenómeno multidimensional, ya que integra aspectos biomédicos y sociales (Seoane, 2011).

El modelo *biopsicosocial* que es el que integra los modelos médico y social, es el que ha cambiado la manera de ver la discapacidad. Antes se consideraba una deficiencia y responsabilidad individual y con este modelo se pasa a entender la discapacidad como diferencia y reconocimiento social. Dicho de otra manera este modelo de integración es trascendente en la actualidad tanto en la dimensión normativa como social ya que se toman en cuenta los aspectos científicos y se busca el reconocimiento de la igualdad de oportunidades (Hernández, 2015).

3.3 DEFINICIONES DE DISCAPACIDAD

“No existe una noción única sobre discapacidad, y esto ha quedado plasmado con la evolución terminológica, conceptual y normativa que se ha dado a lo largo de la historia “(Seoane, 2011, p. 151).

El término discapacidad significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de duración permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causado por el entorno económico y social (Muñoz, 2010 en Hernández, 2015).

Sin embargo, la Organización de las Naciones Unidas a través de órganos especializados unificó el concepto de discapacidad. “En esta clasificación la

discapacidad es un concepto global genérico y no debe entenderse como la consecuencia de la enfermedad, sino que en ella se recogen las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano (Ripollés, en Hernández, 2015, p.56).

El concepto se concreta en la Convención de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad. En esta Convención la discapacidad se concibe como un problema en la sociedad y no como las características de la persona, por lo tanto es una cuestión que concierne a derechos humanos y con dicho concepto genérico global se desea que deje de verse a la persona con discapacidad como objeto de medidas de beneficencia y caridad, y verlo como sujeto de derechos (Seoane, 2011).

Autores como Aldave, López, & Varela (2014) hablan acerca del modelo de *diversidad funcional*, el cual considera a la diversidad como un valor de la humanidad. Dicho término plantea el ajuste a una “realidad en la que una persona funciona de manera diferente o diversa de la mayoría de la sociedad. Este término considera la diferencia de la persona y la falta de respeto de las mayorías, que, en sus procesos constructivos sociales y de entorno, no tiene en cuenta esa diversidad funcional” (Aldave , López, & Varela, 2014, p 150).

3.4 TIPOS DE DISCAPACIDAD

De acuerdo con el (INEGI, 2004) la discapacidad se divide en cinco categorías:

1. DISCAPACIDAD MENTAL. Son aquellas limitaciones en el funcionamiento intelectual y en el desarrollo de las habilidades adaptativas. Limitando habilidades sociales, académicas, trabajo, autocuidado, etc. De acuerdo con el (INEGI, 2004) una persona con discapacidad mental puede tener un nivel de afectación leve, moderado, severo o profundo. La discapacidad mental o intelectual afecta la capacidad de las personas para decidir de forma autónoma (Maggiori, 2012).

2. DISCAPACIDAD VISUAL. Se refiere a la disminución que padece una persona en su capacidad visual. En este tipo de discapacidad se incluyen a personas ciegas y débiles visuales, los cuales suelen ver sombras o bultos.
3. DISCAPACIDAD AUDITIVA. Es cuando el individuo tiene alteraciones en su manera de percibir el mundo exterior, debido a perturbaciones en las funciones auditivas. En esta discapacidad se encuentran las personas sordas y con hipoacusia.
4. DISCAPACIDAD DEL LENGUAJE. Se presenta cuando existen problemas físicos en las estructuras de los órganos del lenguaje (labios, paladar, nariz, etc.) y se caracteriza por sustituir, omitir e incluso distorsionar el sonido de las palabras. Dentro de esta discapacidad se encuentran personas, mudas, con rinitis, laringectomía, las que tienen labio leporino y cuando presentan dificultad en la articulación fonética.
5. DISCAPACIDAD MOTRIZ O FÍSICA. Es la que afecta el cuerpo del individuo, limitando de esta forma sus movimientos. Algunos ejemplos son: secuelas de afecciones de órganos o sistemas debido a paraplejia, cuadriplejia, amputaciones de extremidades, poliomielitis, artritis, etc. Dicha discapacidad se verá con más detalle en el siguiente subtema.

Por su parte la OMS (2011) menciona una sexta categoría:

6. DISCAPACIDAD MÚLTIPLE. Se refiere a la presencia de dos o más discapacidades.

De acuerdo con INEGI (2001 en López 2013) existen diferentes niveles de gravedad y dependencia; así mismo la discapacidad grave se presenta cuando se ve reducida la capacidad del individuo haciéndolo completamente dependiente de alguien que lo pueda ayudar en sus necesidades físicas y emocionales cotidianas.

3.5 DISCAPACIDAD MOTRIZ O FÍSICA

De acuerdo con estudios del (INEGI, 2004) y (Figueroa , 2011) la discapacidad motora o motriz es la que tiene mayor prevalencia entre los otros tipos de discapacidad.

Las discapacidades físicas agrupan las dificultades en la funcionalidad del aparato motor debido a problemas en el Sistema Nervioso Central, en el sistema muscular, en el sistema óseo o de la interrelación entre ellos. Se diferencian dos tipos: (Aldave, López, & Varela, 2014)

1. Física motórica. Personas que tienen dañada la capacidad de movimiento, manipulación, equilibrio o control.
2. Física no motórica. Personas que por causas orgánicas como enfermedades renales, cardíacas, diabetes, etc; tienen problemas para realizar algunas de las actividades de su vida diaria.

Aldave, López, & Varela (2014) refieren que las personas que la padecen presentan un trastorno de movilidad: puede haber poco control postural, pobre dominio voluntario de movimientos, poca precisión de ejecución de actividades manuales, falta de fuerza en la ejecución de tareas, dificultades para articular el habla, etc.

❖ Etiología

Es importante mencionar que entre los objetivos de este trabajo no se encuentra el estudio profundo de los factores etiológicos, solo se referirán las causas principales de las diferentes discapacidades (Aldave, López, & Varela, 2014):

- Periodo preconcepcional y concepcional. Las causas pueden ser alteraciones hereditarias, genéticas (ejemplo, síndrome de Duchenne) o cromosómicas (ejemplo, Klinefelter).

- Periodo prenatal (congénito) . Enfermedades, intoxicaciones de la madre, traumatismos, etc.
- Periodo perinatal (durante). Anoxia, traumatismos, infecciones, etc.
- Periodo natal (después). Enfermedades, accidentes traumáticos, etc.

❖ Conceptos y clasificación

La causa puede estar en el sistema esquelético, en el sistema muscular estriado, en el sistema nervioso, o bien ser de carácter mixto.

A continuación se verá la clasificación de las discapacidades físicas en la Tabla No. 4.

Tabla. 4 Clasificación de las discapacidades físicas

PARTES DEL CUERPO AFECTADAS	Monoplejia/Monoparesia	Imposibilidad o dificultad para mover una extremidad.
	Hemiplejia/Hemiparesia	Imposibilidad o dificultad para mover una parte del cuerpo (izquierda o derecha).
	Paraplejia/Paraparesia	Imposibilidad o dificultad para mover dos extremidades inferiores.
	Triplejia	Imposibilidad o dificultad para mover tres extremidades.
	Tetraplejia/Tetraparesia o quadriplejia	Imposibilidad o dificultad para mover las cuatro extremidades.
	Diplejia	Afectación de las cuatro extremidades, con predominio de las inferiores.
	Doble hemiplejia	Afectación de las cuatro extremidades, con predominio en las superiores
	MOMENTO DE LA ADQUISICIÓN	Congénita
Adquirida		Se adquiere en el transcurso de la vida.
	Temporal	Afectación transitoria.
	Permanente	Afectación para toda la vida.

DURACIÓN		
EVOLUCIÓN	Degenerativa	La discapacidad aumenta con el tiempo.
	No degenerativa	Las condiciones de la discapacidad no se modifican.
ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD	En el sistema nervioso central	Parálisis cerebral, traumatismos craneoencefálicos, tumores, etc.
	Medular	Espina Bífida, poliomielitis, traumatismos medulares, etc.
	Muscular	Miopatías: Alteraciones musculares o neuromusculares, de carácter progresivo, probablemente hereditarias. Se presentan preferentemente en varones (Aldave López, & Varela, 2014).
	Osteoarticular	Amputaciones. <ul style="list-style-type: none"> • “Genéticas: debido a una deficiencia embriopática se nace sin un miembro o parte de él. • Amniótica: no se desarrolla un miembro o parte de él por acción constrictiva de una brida durante el embarazo. • Quirúrgica: se realiza como tratamiento de una enfermedad o lesión” (San Juan & Ibañez, 1997, p. 457).

(Aldave Escrichs, López Solé, & Varela Guerrero, 2014)

❖ Diagnóstico:

Los procesos de evaluación de problemas de salud y discapacidades motoras se deben realizar en la infancia como paso previo en la intervención a situaciones específicas (Mash, 1997 en Arco & Fernández, 2004).

Hay que tener en cuenta que en ocasiones es difícil llegar a un diagnóstico claro del problema que se presenta en el niño, lo cual no es grave si se da una intervención educativa y psicopedagógica. En realidad, el problema radica en lo difícil que es determinar los déficit presentes y futuros en las áreas intelectual, social, interpersonales, en su autonomía funcional, académica, etc.

De acuerdo con Arco & Fernández (2004), es necesario mantener una actitud sensible a la determinación de niveles de riesgo, a las primeras manifestaciones de sintomatología llamativa, a la identificación de niños que no están en rangos normales de comportamiento o desarrollo, que necesitan ser sometidos a procesos de evaluación más novedosos y sofisticados, etc.; para la posible canalización con otros profesionales de la salud.

3.6 TRATAMIENTO PARA LA DISCAPACIDAD MOTRIZ

Antes de hablar acerca de las principales áreas a las que se le debe poner atención en la intervención, es necesario tomar en cuenta algunos aspectos generales:

- Primero hay que tomar en cuenta que las perspectivas de intervención dependerán si existe la presencia de una afectación intelectual asociado a problemas físicos y de salud, como es el caso de la parálisis cerebral.
- En segundo lugar, es importante tener en cuenta la edad del sujeto, no solo por el hecho de que existen mayores expectativas sobre el desarrollo de habilidades, aprendizaje y recuperación motora debido a la plasticidad que tiene un niño en edad preescolar, sino que también en función de la edad existe más relevancia en ciertas iniciativas concretas de abordaje. Por ejemplo, en los primeros tres años de vida aproximadamente, es bueno desarrollar un programa de estimulación temprana integral. Entre los tres y cinco años, la fisioterapia o rehabilitación es una excelente acción, en especial en aspectos como la educación ya que potencializan el aprendizaje del lenguaje y la percepción, además de la socialización y habilidades sociales necesarias para la vida. Finalmente entre los seis y quince años la

parte académica es a la que más se le presta atención, sin embargo va acompañada de tratamientos físicos (Arco Tirado & Fernández Castillo, 2004).

- Un tercer punto es la importancia del trabajo multidisciplinario para poder mejorar su comportamiento motor y psicomotricidad, lenguaje y comunicación, habilidades de autonomía funcional, el área social, la académica y claro la emocional. Por ello la importancia de la rehabilitación integral, que es el proceso mediante el cual la persona con discapacidad logra “la mayor compensación posible” p.87 (INEGI, 2004), en comparación con las desventajas que puede tener, a causa de su propia discapacidad para el desempeño de los roles que son propios a su edad, sexo y condiciones socio-culturales.

El propósito de las iniciativas de intervención es potenciar al máximo el desarrollo motriz del sujeto para poder aumentar su capacidad funcional, independencia en la mayor parte de sus actividades y adaptación al contexto en el que viva (Arco & Fernández, 2004).

Para ello es necesario complementar con terapias de desarrollo neurológico para aumentar la funcionalidad neuromotora. Orientada a la mejora de la motricidad gruesa (mantenerse derecho, estar de pie, caminar, etc.) o la motricidad fina (tomar objetos, manejar un lápiz, usar el teclado, etc.). También es importante intervenir en el desarrollo de movimientos mentales como sujetar y manejar objetos y para el desplazamiento (Arco & Fernández, 2004).

Existen métodos correctivos para algunos casos, tales como:

- La ortopedia en algunos casos actúa en la colocación de prótesis a miembros amputados, en otros poniendo férulas para mejorar la funcionalidad.
- La cirugía ante algunas poliomielitis alarga tendones o disminuye contracturas.

Hay que tener en cuenta que los tratamientos de las discapacidades motóricas pueden ser variados. Es por ello, que es necesario que se haga un plan de tratamiento individualizado, estará conformado por el equipo multidisciplinario de atención a la salud. Este plan dependerá de la gravedad de la discapacidad y es necesario implicar en dicho tratamiento tanto al paciente como a la familia, y las personas que puedan rodearle (My child without limits.org, 2017).

A continuación se mencionarán las terapias más comunes que se emplean como parte del tratamiento integral y multidisciplinario en la discapacidad motriz (My child without limits.org, 2017).

❖ Terapia Conductual

La terapia conductual es un tipo de psicoterapia que se centra en la disminución de problemas de conducta y promueve las habilidades de adaptación. Dicha terapia utiliza técnicas psicológicas para mejorar las habilidades físicas, mentales y de comunicación.

❖ Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva es lo contrario de la terapia de conducta. La terapia cognitiva se centra principalmente en los pensamientos y emociones que llevan a ciertos comportamientos, mientras que la terapia conductual trata de eliminar comportamientos no deseados.

❖ Tratamiento Farmacológico

Para tratar algunos síntomas dependiendo el caso de discapacidad existen docenas de diferentes medicamentos que pueden ser eficaces aunque todos los medicamentos tienen riesgos y beneficios. Además de acuerdo con San Juan & Ibañez (1997) el tratamiento farmacológico es el que menos posibilidades tiene de ser efectivo en las alteraciones motrices a excepción de las afecciones reumáticas.

❖ Fisioterapia

La terapia física o fisioterapia, se centra en mejorar las habilidades motoras gruesas y finas, el equilibrio y la coordinación, y la fuerza y la resistencia. Un terapeuta físico debe evaluar la función muscular y articular, movilidad, fuerza y habilidades motoras resistencias, la postura y el equilibrio, incluso el estado del corazón y los pulmones (My child without limits.org, 2017).

Estos tratamientos habitualmente incluyen tratamientos tanto pasivos como activos. Los tratamientos pasivos incluyen la manipulación ortopédica, la estimulación eléctrica, la liberación miofascial, el ultrasonido y la aplicación de calor/hielo. El tratamiento activo incluye ejercicios terapéuticos, tales como los ejercicios en el suelo, los ejercicios con equipo especial y la terapia acuática o hidroterapia.

❖ Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional es un tratamiento que ayuda a las personas a lograr su independencia en todas las facetas de su vida. La terapia ocupacional en una persona con discapacidades físicas o retrasos del desarrollo puede mejorar su desarrollo cognitivo (pensamiento), las habilidades físicas y motoras, así como la dirección psicológica, social, y factores ambientales que repercuten el funcionamiento de su hijo.

❖ Terapia de Lenguaje

La terapia de lenguaje es un programa de clínicas destinadas a mejorar las competencias lingüísticas y habilidades motoras orales. Esto significa hablar, usar el lenguaje de signos, o el uso de un dispositivo de comunicación. Aunque puedan hablar se puede trabajar en hacer sus palabras más claras, o en ir construyendo sus conocimientos lingüísticos para aprender nuevas palabras, aprender a hablar en oraciones, o mejorando su capacidad de escuchar.

❖ Hidroterapia

Las personas con enfermedades de la columna como lo son las que tienen osteoartritis, artritis reumatoide, canal vertebral estrecho, etc., pueden beneficiarse de la terapia acuática, ya que el agua tibia relaja los músculos debido a que se lleva a cabo en un tanque o piscina con agua caliente. Esta terapia se recomienda en casos de deterioro de la movilidad, debilidad, para aumentar la tolerancia al apoyar (caminar), para disminuir el dolor, aumentar la flexibilidad y la coordinación.

La flotabilidad que se logra en el agua ayuda a una mejor movilización de las articulaciones sin que ello represente un mayor esfuerzo por parte del paciente, en comparación de lo que sería en tierra.

❖ Ejercicio Terapéutico

Es importante aclarar en este punto que todo esto depende totalmente de las necesidades individuales, ya que no serán los mismos ejercicios de una persona con cuadriplejía a los de una persona que presenta complicaciones en su motricidad por algún accidente deportivo no tan grave, como una fractura en un tendón, aún cuando esta última complicación haga que la persona sea dependiente por un período, es altamente probable que con base en los cuidados y tratamientos médicamente indicados mejore y siga con su vida, por lo que no será igual que en el primer caso.

Dicho lo anterior, al hablar sobre el ejercicio como parte de una rehabilitación integral y como un tratamiento para personas con discapacidad, es importante saber que el ejercicio en general ayuda a cualquier persona, tenga o no discapacidad motriz ya que aumenta la fuerza, mejora el equilibrio y la coordinación, incrementa la flexibilidad, estimula el sistema cardiovascular, tonifica los músculos y alivia la rigidez de los músculos. El terapeuta físico diseña un programa de ejercicios que abarque las necesidades individuales de cada paciente. Un programa de rehabilitación cuidadosamente diseñado es una parte importante en su viaje de retorno a la salud.

Parte de la rutina incluye una modalidad pasiva, seguida de un periodo de calentamiento del cuerpo, el cual muchas veces se hace por medio de una banda o una caminadora y una bicicleta fija.

El propósito de todos y cada uno de los tratamientos es el de mejorar las funciones que se han disminuido sea cual fuera su origen, para que de este modo la persona pueda poco a poco volverse independiente y en algunos casos reanudar sus actividades sociales, laborales y deportivas.

3.7 EL CUIDADOR PRIMARIO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

La discapacidad dependiente afecta las funciones tanto corporales, psicológicas y sociales del paciente. Es por ello que sus cuidados son complicados y requieren de una persona que le brinde apoyo físico y emocional permanentemente (López, 2013).

La familia se ve afectada cuando uno de sus miembros padece algún tipo de discapacidad, ya que provoca alteraciones en la dinámica familiar, debido a que resulta traumático para todos a nivel emocional sobre todo si es inesperado e imprevisto el evento, como lo son accidentes o enfermedades que deriven en ello, no desacreditando cuando se nace ya con alguna condición que lo haga dependiente.

De acuerdo a García & Bustos (2015), la discapacidad obliga a toda la familia a cambiar sus ritmos, expectativas, desafíos, logros, y sus ilusiones. Así mismo, la rutina familiar se ve modificada debido a la integración de diferentes médicos, especialistas, terapeutas, psicólogos, ya que ellos ayudaran a lograr la integración, inclusión y rehabilitación del familiar que la padezca la discapacidad.

Como se vio en el primer capítulo, el cuidador primario, es la persona que asume la responsabilidad total de una persona dependiente, y que la mayoría de las veces es un miembro de la familia quien se encarga de adoptar este rol; De acuerdo con Domínguez, Ruíz, Gallego, Valero, & Izquierdo, (2012) este rol tiene un impacto negativo en la vida de los cuidadores, ya sea en su ámbito social,

laboral y/o en el familiar, debido a que su tiempo se limita al cuidado del paciente y mientras el cuidador se descuida a sí mismo.

La OMS (2001 en López, 2013) definió el término calidad de vida, cuando definió salud como un estado de bienestar físico, mental y social, viendo la salud más allá de la ausencia de la enfermedad. Es por ello que la calidad de vida es salud, y de acuerdo con las alteraciones que suelen reflejar los cuidadores en su vida intrafamiliar y, acciones personales, psicológica y físicamente, se deterioran y por lo tanto no tienen calidad de vida.

Como se vio anteriormente, existen diferentes tipos de discapacidades, por lo que también existen diferentes niveles de gravedad y de dependencia; Por lo tanto los recursos con los que cuentan los cuidadores para afrontar la discapacidad y sus implicaciones son variados, menciona López (2013).

Diversos estudios como los de Domínguez, Ruíz, Gallego , Valero, & Izquierdo (2012) y Figueroa (2011) muestran que el cuidador en la mayoría de los casos se trata de una mujer, de 56 años, con baja escolaridad y algún grado de parentesco. Figueroa (2011) encontró que tanto en el cuidador como en la persona receptora del cuidado, predominó el género femenino, de edad avanzada y bajo nivel de escolaridad. Otros estudios han demostrado que por esas razones la carga física como psíquica es mayor en su núcleo familiar cuando se trata de cuidar a personas con discapacidad. Por otra parte existe una falta de conocimientos acerca de la exigibilidad de los derechos de las personas en condición de discapacidad, resultando así una barrera que permite la vulneración en el acceso a los servicios y la atención de las instituciones adecuadas para tratar la discapacidad (Franco, S/A).

Un cuidador encargado de una persona en condición de discapacidad de acuerdo con la Cruz Roja de Bogotá en Ramírez (2009) reúne una serie de características:

- Preocupación constante sobre lo que va a ocurrir
- Desarrollo de un exceso de esfuerzo físico

- Gastos extras debido a los tratamientos de la persona con discapacidad
- Destinación de gran cantidad de tiempo para atender a su familiar
- Descuida su propia salud
- Sensación de soledad
- Enfrentamiento a problemas complejos y difíciles, en ocasiones de carácter ético.

“PROPUESTA DE UN TALLER DIRIGIDO AL CUIDADOR PRIMARIO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ PARA DISMINUIR EL SINDROME DE BURNOUT”

JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Burnout en el cuidador primario provoca efectos emocionales, físicos, psicológicos, conductuales, laborales y sociales. Afectando su calidad de vida debido a la continua tarea que tiene; Cuidar de una persona que está en condición de discapacidad física es muchas veces perjudicial para el cuidador mismo, ya que deja de lado su propia salud y bienestar por las del paciente enfermo. Lo anterior resulta en agotamiento emocional, físico, indiferencia hacia los demás y baja autoestima por posponer su propio proyecto de vida, afectando sus recursos económicos, sintiéndose atrapado en la situación por la que está pasando, ya que pareciera en esos momentos no encontrar la solución.

Existen 1.3 millones de personas en México que realizan trabajo de cuidado a personas con limitaciones, las cuales deben cumplir con ciertas funciones como cuidadores primarios, por ejemplo brindar atención constante a la persona que se cuida (10.6 horas al día en promedio) debido a que la autonomía de la persona se ha perdido, ya sea temporal o permanentemente, y sin importar su causa, volviéndole dependiente del cuidador primario. Esto ocasiona que se reduzca el tiempo del cuidador primario para sí mismo, descuidando otros aspectos de su vida personal para dárselo a la persona que cuida.

Es importante que el cuidador entienda la importancia que tiene el autocuidado, ya que no por ser cuidadores deben de descuidarse a sí mismos. Si los cuidadores de hoy, no previenen, pueden convertirse en los dependientes del mañana.

Finalmente la propuesta del taller se diseñó bajo el enfoque cognitivo-conductual; El taller busca que los cuidadores no se sientan solos, que vean que existen más personas como ellas, que formen otras redes de apoyo, que sientan de igual forma el apoyo del mismo taller para facilitar sus tareas y poder sobrellevar la

discapacidad de su familiar, además de ayudar a prevenir los riesgos de desarrollar Síndrome de Burnout y si ya se tiene poder disminuir la ansiedad que le produce la responsabilidad de cuidar día con día a otra persona, por ello la importancia de conocer y aplicar estrategias que ayuden a este objetivo.

OBJETIVO GENERAL

Adquirir estrategias que ayuden a prevenir el Síndrome de Burnout en cuidadores primarios de personas con discapacidad motriz para mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Los objetivos específicos de cada sesión son:

- Reconocer en el cuidador primario síntomas del Síndrome de Burnout.
- Conocer aspectos típicos en el cuidador primario.
- Informar a los cuidadores primarios sobre los efectos que produce el Síndrome de Burnout en su salud mental y física.
- Enseñar la Técnica de Relajación de Jacobson a los cuidadores primarios.
- Promover la aplicación de estrategias para afrontar los problemas.
- Aprender a realizar autoregistros.
- Promover la importancia del auto cuidado.

PARTICIPANTES

Los participantes serán cuidadores primarios de personas en condición de discapacidad física.

Se aplicará a un grupo de 10 a 15 cuidadores bajo los siguientes criterios de inclusión:

- Tener un familiar diagnosticado con alguna discapacidad física;
- El participante debe tener la secundaria concluida;
- Para impartir el taller se requiere de un psicólogo clínico que tenga experiencia con cuidadores primarios.

DURACIÓN Y NÚMERO DE SESIONES:

El taller tendrá una duración de 1 mes y una semana, constará de 10 sesiones en total y su duración será de 2 horas cada una.

ESCENARIO

Las sesiones del taller se llevarán a cabo en un salón de usos múltiples de 12 m² aproximadamente para que puedan interactuar entre ellos y se sientan en un ambiente cómodo y privado. Los participantes deben estar sentados la mayor parte del taller por lo que debe tener 15 sillas con paleta, un escritorio para el facilitador del taller y un pizarrón para anotar.

MATERIALES

Nombre	Descripción	Cantidad
Proyector	Para proyectar las diapositivas que contienen los temas del taller y para ver una película acerca del tema.	1
Diapositivas	Contienen información sobre los temas a tratar en el taller para que puedan entender y aprender mejor.	De 10 a 15 diapositivas por tema.
Computadora	En ella se tendrán las diapositivas y la película.	1
Bocinas		2
Escritorio	Para colocar el proyector y la computadora	1
Sillas	Con paleta para que puedan escribir y recargarse	10 - 15
Cuestionarios	Evaluar a los pacientes y el taller	10 - 15
Hojas	Serán recicladas	50
Lápices	Para escribir	10 - 15
Test de Zarit impreso	Evaluación a los cuidadores	10 - 15
Plumas	Para escribir	10 - 15
Plumones	Para escribir	5 paquetes de 12 colores.
Cinta adhesiva	Para pegar los pliegos de papel bond	5
Pliegos de papel bond	Para escribir en equipo	6

INSTRUMENTO

❖ TEST DE ZARIT

Es una prueba psicométrica que mide el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores y fue creada por Zarit, Reever y Bach-Peterson en 1980. Es una prueba compuesta por 22 ítems. Dicha prueba evalúa la presencia o ausencia de la sobrecarga en el cuidador primario, y mediante el análisis de cada uno de sus factores se pueden determinar las cualidades de la carga presente (Barrón & Alvarado, 2009).

- **OBJETIVOS:** Diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona con discapacidad. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos.
- **POBLACIÓN:** cuidadores adultos
- **DESCRIPCIÓN:** Los 22 ítems tienen formato de pregunta, que el cuidador debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = A veces; 3 = Bastantes veces; 4 = Casi siempre).
- **CRITERIOS DE CALIDAD:** Fiabilidad: Consistencia interna de 0.91. Fiabilidad test-retest a los tres meses de 0.86. Validez: Existe una correlación directa y significativa entre las puntuaciones de la Escala de Zarit y las del GHQ, Índice de Katz, Escalas de Trastornos del Comportamiento y de Memoria/Orientación y la Intención de Institucionalización. El análisis factorial arroja tres factores (sobrecarga, rechazo y competencia).
- **APLICACIÓN:**
 - *Tiempo de administración:* 5 minutos.
 - *Normas de aplicación:* El cuidador responde las preguntas del cuestionario anotando una puntuación para cada cuestión (escala tipo Likert de 5 puntos).

- **EVALUACIÓN:**

- *Corrección e interpretación:* La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango oscila entre 22 y 110. A mayor puntuación, mayor nivel de carga presentará el cuidador. No existen normas o puntos de corte establecidos. En la versión española se proponen como puntos de corte los siguientes: 22-46 (no sobrecarga), 47-55 (sobrecarga leve); y 56-110 (sobrecarga intensa).
- *Momento de aplicación:* evaluación previa al tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento.
- Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56. (Anexo 1)

CARTAS DESCRIPTIVAS

Primera sesión:

Objetivos específicos:

- Integrar al grupo y dar el objetivo general del taller.
- Evaluar al cuidador primario con el Test de Zarit.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Presentación de la facilitadora y del objetivo general del mismo.	El facilitador del taller se presentará ante los participantes y explicará el objetivo general del taller.	Proyector Computadora Escritorio Diapositiva en Power Point.	15 minutos
Aplicación del Test de Zarit	El facilitador les aplicará a los participantes el Test de Zarit como pre-test para saber el nivel de sobrecarga que tienen (Anexo 1).	Test de Zarit Lápices	15 minutos
Presentación de los integrantes del grupo.	El facilitador les pedirá a los participantes que permanezcan sentados, luego en una hoja se les pedirá elaboren un letrero con su nombre y debajo de él, coloquen tres adjetivos calificativos sobre sí mismos. Posteriormente frente a todo el grupo, se pondrán de pie y dirán su nombre y sus adjetivos de tal forma que todos los integrantes se conozcan.	Hojas blancas Plumones	20 minutos
“¿Qué tenemos en común?”	El facilitador comenzará con la dinámica “Lo que tenemos en común”, comenzará a decir una característica de las personas en el grupo, por ejemplo “me gusta reír”. Todos aquellos que cuiden a una persona deben moverse hacia el lado derecho del salón. Cuando la facilitadora dice más características, como ‘cuidar a una persona’, las personas con esas características se mueven hacia la izquierda del salón (Anexo 2). De este modo van notando cuantas personas son parecidas.	Hojas Plumones Plumas	20 minutos
¿Por qué estoy aquí?	El facilitador repartirá a cada participante una hoja para llevar a cabo la dinámica “Pegado de manos” donde permanecerán sentados y dibujaran su mano, en cada dedo escribirán las respuestas de las siguientes preguntas:	Ninguno	30 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> -Motivos por los que estas aquí. -Aspectos que más valoran de las personas. -Aquello que más les preocupa. -Las aportaciones que están dispuestos a ofrecer. -Aportaciones que esperan del taller. <p>Para terminar realizarán un mural pegando todas las manos en un mural poniendo el nombre debajo. (Anexo 3)</p>		
Cierre de la primera sesión	<p>El facilitador les pedirá a los participantes que sentados se despidan de la sesión con una palabra que describa la emoción con la que se van de esta sesión.</p> <p>Finalmente el facilitador dará una retroalimentación al grupo con lo que se vio en la sesión.</p>	Ninguno	20 minutos

Segunda sesión:

Objetivos específicos:

- Discriminar características principales del Cuidador primario.
- Hablar de la propia experiencia como Cuidador primario.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Dinámica para fortalecer la unión	El facilitador dará la instrucción de una nueva dinámica de integración. La dinámica consiste en poner a todos los participantes en parejas y cada uno presentará a su compañero como si fuera él mismo, de acuerdo con lo que recuerden que esa persona dijo en la sesión pasada.	Ninguno	15 minutos
Exposición de los conceptos, características	El facilitador utilizará una presentación de Power Point sobre los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de Cuidador Primario • Características del Cuidador Primario • Perfil del cuidador • Actividades y funciones • Etapas de adaptación 	Proyector Computadora Diapositivas en Power Point con la presentación ¿Qué es un cuidador primario?	35 minutos
Promoviendo la comprensión	El facilitador dará una hoja a cada participante, estarán sentados en su lugar, posteriormente procederá a dar las instrucciones acerca de la dinámica “Color, Símbolo e Imagen” (Anexo 4).	Hojas Plumas	30 minutos
Concluir sobre la importancia del cuidador primario	El facilitador les pedirá a los participantes que hagan sus conclusiones con base a lo revisado anteriormente y experiencias personales, sobre el rol del cuidador primario de personas con discapacidad física, se hará lluvia de ideas entre todos.	Ninguno	20 minutos
Resolución de dudas	El facilitador aclarará las dudas de los participantes.	Ninguno	15 minutos
Cierre de sesión	El facilitador realizará el cierre de la sesión con una retroalimentación al grupo.	Ninguno	5 minutos

Tercera sesión:

Objetivos específicos:

- Conocer los riesgos que puede tener un cuidador primario.
- Hacer conciencia de la importancia del cuidarse a sí mismo.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Inicio de sesión	<p>El facilitador pondrá música relajante, les pedirá que se pongan de pie y comiencen a hacer movimientos circulares con el cuello, a estirar los brazos, los hombros, las manos y los dedos, la espalda, la cintura, las piernas y los pies. Posteriormente se les indicara que traten de inhalar y exhalar profundamente, mientras inhalan deberán pensar “inhalo alegría”, y mientras exhalan, pensarán “exhalo tristeza y preocupación”. Después de realizar las respiraciones deberán de repetir mentalmente frases relajantes que la facilitadora dará :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sé positivo • Sé paciente • Sé persistente 	Computadora Bocinas	15 minutos
¿Qué riesgos corro al ser cuidador?	El facilitador utilizará diapositivas en Power Point para exponer los riesgos que puede tener un cuidador primario en su salud física y/o emocional, además de perjudicar los aspectos sociales y laborales del cuidador.	Proyector Computadora Diapositivas en Power Point	40 minutos
Reconocimiento de mi Yo interno	El facilitador comenzará con la Dinámica “Pinceles secos” les dará pinceles secos a cada participante, después dará la indicación e instrucciones acerca de la dinámica (Anexo 5).	Pinceles secos	25 minutos
Dinámica “Mi vida también debo de cuidar”	El facilitador les dará una hoja y una pluma. En la hoja escribirán las actividades que quieren hacer en sus tiempos libres, y cuanto tiempo les gustaría dedicarle a cada una (ver Anexo 6). La facilitadora mostrará en una diapositiva el ejemplo de cómo dividir su hoja y organizar sus actividades.	Hoja Lápiz Proyector Diapositiva Computadora	30 minutos
Cierre de sesión	El facilitador les pedirá a los participantes que con una frase describan ¿cómo se van de esta sesión? .Pedirá se aplaudan y se agradezcan por el tiempo y el esfuerzo de estar viniendo al taller. Colocará la facilitadora en una diapositiva la frase “No es egoísmo, amarse a uno mismo, cuidarse a uno mismo y hacer de tu felicidad una prioridad, es necesario”.	Proyector Computadora Escritorio Diapositiva	10 minutos

Cuarta sesión:

Objetivos específicos:

- Discriminar el concepto, características y consecuencias del Síndrome de Burnout.
- Reconocer las propias emociones que genera el ser cuidador.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Inicio de sesión "Digo lo que pienso que vales"	El facilitador explicará la dinámica "El ovillo de lana" que servirá para reforzar lo positivo de cada integrante y así empezar la sesión con buena actitud (ver Anexo 7).	Bola de Estambre de hilo grueso	20 minutos
¿Qué es el Colapso del Cuidador y el Síndrome de Burnout?	El facilitador utilizará Diapositivas en Power Point con los conceptos de sobrecarga, colapso del cuidado y el Síndrome de Burnout, aprenderán a distinguir las causas y consecuencias de esos conceptos.	Proyector Computadora Escritorio Diapositivas en Power Point	40 minutos
Dinámica "Resolución de dudas"	Los participantes preguntarán al facilitador dudas sobre el Burnout, además de poder decir opiniones personales sobre el tema.	Ninguno	20 minutos
Describiendo mis emociones	El facilitador les pedirá a los participantes lleven a cabo la dinámica "Mapa Emocional" (ver Anexo 8).	Cuestionario "Mapa emocional" Lápiz	25 minutos
Cierre de sesión "Abrazo de grupo"	El facilitador les pedirá que todos se reúnan en el centro de la sala y se tomen de las manos para finalizar el día con un abrazo colectivo. Podrán reflexionar sobre la importancia de contar el grupo, podrán compartir las conclusiones de las actividades hechas en la sesión	Bocinas Música para descontracturar.	15 minutos

Quinta sesión:

Objetivos específicos:

- Conocer la existencia de técnicas para disminuir el Síndrome de Burnout.
- Diferenciar el concepto de tensión y distensión.
- Aplicar la Técnica de relajación de Jacobson para disminuir la ansiedad.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
<p align="center">Inicio sesión: Si! Tengo Burnout ¿y ahora qué puedo hacer?</p>	<p>El facilitador es preguntará sobre sus impresiones acerca de la sesión pasada y las características de Burnout. Para concluir esta parte se es dirá que existen una serie de estrategias que pueden utilizar para disminuir los efectos de tener Burnout como cuidadores, y que se explicarán y aplicarán a partir de esta sesión hasta la octava. La facilitadora dirá que en esta sesión verán la Relajación Progresiva de Jacobson, en la sexta sesión se verá la Técnica de Solución de problemas y en la octava sesión verán la Terapia Racional Emotiva – Conductual.</p>	<p align="center">Ninguno</p>	<p align="center">30 minutos</p>
<p align="center">Estrategias para disminuir el Síndrome de Burnout.</p>	<p>El Facilitador dará instrucciones para seguir la secuencia de Relajación Progresiva de Jacobson.</p>	<p align="center">Proyector Computadora Presentación Power Point</p>	<p align="center">25 minutos</p>
<p align="center">La música siempre ayuda</p>	<p>El facilitador dará las instrucciones para la dinámica “¡Suban el volumen!” (Anexo 9)</p>	<p align="center">Bocinas Computadora Lista de canciones</p>	<p align="center">20 minutos</p>
<p align="center">“Relajarme es vital”</p>	<p>El facilitador guiará a los participantes a aplicar la Relajación de Jacobson. Los participantes deberán practicarla. Se les indicará a los participantes que deberán practicarla por una semana.</p>	<p align="center">Ninguno</p>	<p align="center">30 minutos</p>
<p align="center">Cierre de sesión y tarea</p>	<p>Los participantes comentarán uno por uno la sensación que tienen después de haber aplicado la relajación progresiva de Jacobson. El facilitador dejará de tarea que piensen sobre una situación que les haya generado malestar.</p>	<p align="center">Ninguno</p>	<p align="center">15 minutos</p>

Sexta sesión:

Objetivos específicos:

- Reconocer que los problemas existen.
- Identificar los factores y las circunstancias que hacen de una situación un problema.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Inicio de sesión: ¿Cómo resuelves los problemas?	El facilitador dará inicio a la sesión con una dinámica en parejas, donde les pedirá que se platiquen entre ellos ¿cómo es que suelen resolver un problema?, al finalizar pasarán dos parejas voluntarias y dirán cómo es que resuelve los problemas su pareja y viceversa. Posteriormente el facilitador dará retroalimentación para poder dar inicio a la técnica de solución de problemas.	Ninguno	20 minutos
Técnica de Solución de Problemas	El facilitador utilizará diapositivas en Power Point donde se explicará la Técnica de Solución de problemas y pondrá mayor peso a los 5 pasos para resolver problemas.	Proyector Diapositivas Power Point Computadora	10 minutos
Paso 1 Orientación hacia el problema	El facilitador dará una hoja y procederá a dar la instrucción de la dinámica “Mi problema es...” (Anexo 10).	Hoja Pluma	25 minutos
Paso 2 Definición y formulación del problema	El facilitador dará la explicación de la dinámica “Encontrando pistas” (Anexo 11).	Hoja Pluma	25 minutos
Paso 2 Plantear metas	El facilitador explicará la siguiente dinámica “¿Qué metas obtendré si lo resuelvo?” (Anexo 12).	Hoja Pluma	25 minutos
Cierre de sesión	Preguntar a los participantes si identificaron los pasos de Solución de problemas que se trabajaron en la sesión. Los participantes se darán un aplauso por el esfuerzo que han dado en la sesión.	Ninguno	15 minutos

Séptima sesión:

Objetivos específicos:

- Aplicar la Técnica de Solución de Problemas.
- Generar soluciones alternativas.
- Identificar o descubrir soluciones a los problemas específicos que se van presentando en la vida cotidiana.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Inicio de sesión: Me relajo...	El facilitador dará inicio a la sesión con la realización de la relajación progresiva. Explicará que para continuar y concluir con la técnica de solución de problemas deben estar relajados ya que es necesario para finalizar el proceso.	Ninguno	15 minutos
Repaso sesión anterior	El facilitador dará el repaso del primer y segundo paso de la técnica de solución de problemas. Los participantes recordarán los respectivos ejercicios que se trabajaron anteriormente para poder concluir con la técnica.	Ninguno	10 minutos
.Paso 3 Generar Soluciones Alternativas	El facilitador explicará la dinámica “Mi compañeros dijeron...” (Anexo 13).	Hoja Pluma	20 minutos
Dinámica para tomar de decisiones en grupo	El facilitador Dinámica “ 15 días de vacaciones” (Anexo 14)	Hoja Pluma	15 minutos
Paso 4 Toma de decisiones	El facilitador les entregará una hoja, después en la pantalla en una diapositiva de Power Point aparecerá el ejemplo de lo que debe contener la hoja de decisiones (ver Anexo 15). Colocarán las 5 mejores alternativas que hayan escogido, posteriormente pondrán las ventajas y desventajas de cada una.	Hoja Pluma Diapositiva Power Point	30 minutos
Cierre de sesión	Al término de la sesión el facilitador le pedirá a uno de los participantes que pase a exponer toda su hoja de soluciones y así se discutirá el caso del participante. Para finalizar pedirá a los participantes comiencen a dar en marcha si creen pertinente su solución, o hagan modificaciones en casa con base en lo aprendido en las sesiones.	Hoja de decisiones	30 minutos

Octava sesión:

Objetivos específicos:

- Identificar los elementos A – B - C de la terapia racional emotivo-conductual
- Aprender a realizar autoregistros.
- Aumentar la autoaceptación y tolerancia a la frustración y malestar.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Inicio de sesión: Terapia Racional Emotivo - Conductual	El facilitador utilizará una presentación de Power Point donde se explicará la Terapia Racional Emotivo- Conductual.	Presentación en Power Point Computadora	25 minutos
Distorsión de la realidad en una historia	El facilitador dará comienzo con la dinámica en la cual se contará la historia “Seis hombres ciegos y el elefante” (Anexo 16). Al finalizar la historia se comentará sobre la importancia de no distorsionar la realidad de las cosas.	Fotocopias con la historia	20 minutos
Analizar ideas no realistas	El facilitador comenzará con la dinámica “Ideas no realistas” (Anexo 17). Utilizará una presentación en Power Point para que puedan ver las ideas no realistas todos los participantes.	Presentación en Power Point	20 minutos
¿Cómo hacer autoregistros?	El facilitador pondrá en una presentación de Power Point un ejemplo de cómo realizar autoregistros y la importancia de ello, les dará una copia a cada uno de los participantes. Este ejemplo de cómo se hace uno se encuentra en el Anexo 18.	Presentación en Power Point Copias del autoregistro	50 minutos
Cierre de sesión:	El facilitador pedirá a los participantes traigan a la próxima sesión una agenda personal para que puedan ahora plasmar sus autoregistros en ella.	Agenda personal	10 minutos

Novena sesión:

Objetivos específicos:

- Discriminar características de la discapacidad motriz
- Entender que cuidarse a sí mismo es más importante que cuidar a otra persona.
- Planear el tiempo libre

Actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
<p align="center">Inicio de sesión: Cúdame! Quiero vivir!</p>	<p>El facilitador recibirá a los participantes con una planta pequeña a cada uno, les dirá que es suya y que esa planta representa a cada uno de ellos, la tienen que cuidar y no dejar que se muera, por lo tanto tienen que hacer lo mismo con ellos mismos.</p>	<p align="center">Plantas pequeñas</p>	<p align="center">15 minutos</p>
<p align="center">Exposición de las características principales de la discapacidad motriz</p>	<p>El facilitador utilizará una presentación en Power Point con los conceptos principales de la discapacidad y la discapacidad motriz.</p>	<p align="center">Presentación Power Point Computadora</p>	<p align="center">35 minutos</p>
<p align="center">Exposición Recomendaciones para el cuidador.</p>	<p>El facilitador se apoyará con una presentación en Power Point para dar las recomendaciones para el cuidador. La facilitadora les enseñará la importancia de organizar y tener tiempo para realizar todas sus actividades sin descuidar el tiempo para ellos mismos.</p>	<p align="center">Presentación Power Point Computadora</p>	<p align="center">25 minutos</p>
<p align="center">Dinámica para organizar el tiempo</p>	<p>El facilitador pedirá a los participantes que saquen su agenda personal y que en ella vayan anotando los pendientes que tienen como cuidadores para ese mes. Posteriormente revisarán los tiempos que tienen libres en el mes para ir colocando las actividades que desean realizar, deberán tener en cuenta todo lo que se recomendó para poder tener una mejor calidad de vida. Deberán tomar en cuenta que se debe practicar todos los meses el planear así su mes para poder cumplir con todo lo planeado.</p>	<p align="center">Agenda Personal Pluma y lápiz</p>	<p align="center">35 minutos</p>
<p align="center">Cierre de sesión</p>	<p>El facilitador les pedirá que se pongan de pie y que se coloquen en un círculo, cada uno de los participantes verbalizará lo más sobresaliente que se aprendió en esa sesión.</p>	<p align="center">Ninguno</p>	<p align="center">10 minutos</p>

Décima sesión:

Objetivos específicos:

- Cerrar y evaluar el taller

Actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Inicio de sesión: Resolución de dudas de la sesión pasada	El facilitador realizará la bienvenida a los participantes a la última sesión del taller y posteriormente se resolverán dudas sobre la sesión anterior.	Ninguno	10 minutos
Repasar la técnica de relajación	El facilitador pondrá al grupo a realizar la relajación progresiva de Jacobson, pasará y corregirá errores y resolverá dudas.	Ninguno	20 minutos
Motivar a actuar	El facilitador dará una plática con el objetivo de motivar a los participantes a llevar a cabo todo lo trabajado en el taller, a que no se queden quietos y den una solución a sus problemas y mejorar su calidad de vida.	Presentación Power Point	15 minutos
Se aplicará el post test de "Zarit"	El facilitador dará a cada participante el Post test de Zarit.	Test de Zarit Lápices	15 minutos
Convivio	Los participantes se relajarán a través de la convivencia con los demás participantes, podrán interactuar y pasar un momento agradable, el relacionarse con otras personas y querer seguir con ese contacto y vital para que sigan con el plan de tiempo que se hizo.	Bocinas Música Botana Bebidas	40 minutos
Cierre del taller	El facilitador les pedirá que comenten las aportaciones que les dejó el taller, si cumplió con sus expectativas. Antes de finalizar les dará un globo a cada uno, en el escribirán la palabra "miedo" ya cuando lo hayan inflado, se darán un tiempo y pensarán en todo aquello que quieren seguir trabajando y afrontar, se les dará un alfiler y lo romperán simbolizando que le ponen fin al miedo que llevan para resolver y afrontar sus problemas. Les agradecerá su participación y se darán un fuerte aplauso.	Ninguno	20 minutos

CONCLUSIÓN

El Síndrome de Burnout es un estado emocional que agota a los cuidadores primarios, el desgaste viene del cuidado continuo que ofrecen a sus familiares con discapacidad motriz, ya que deben auxiliarles la mayoría del tiempo, desde los cuidados de aseo personal, la alimentación hasta los cuidados que requieren dependiendo del origen y tipo de discapacidad motriz que tengan, muchas veces se verán en la necesidad de poner ciertas cosas a su alcance en la casa, o incluso quitarlas si es que su seguridad dependiera de ello. Por otro lado, también deben ayudarles si es que la parte médica dicte que la persona con discapacidad debe realizar ciertos ejercicios en casa para su rehabilitación, si deben de ingerir medicamentos para su condición, los cuidadores primarios son los responsables de ver que todo se haga como lo indicó el médico tratante de la persona.

El cuidador primario al realizar todas estas labores no percibe ninguna remuneración económica, ni una capacitación especial para saber cómo se debe cuidar del familiar. Además 40% de los cuidadores no perciben ayuda de otras personas incluyendo a familiares cercanos, aunque en los casos en que sí reciben ayuda, 72% del apoyo recibido proviene de algún familiar.

El tiempo que invierten en el cuidado del familiar con discapacidad es de alrededor de 10.6 horas diarias y de 6.5 años como cuidadores, esto de acuerdo a Pinto (2010). Por lo tanto, este tiempo les lleva la labor de cuidadores implica, sacrificar tiempo para sí mismos, pasar tiempo con su demás familia, amistades, alguna actividad de ocio, recreativa, o simplemente su trabajo. Es considerable este tiempo que perjudica y disminuye su calidad de vida, con lo que si el cuidador no cuenta con estrategias adecuadas para sobrellevar esta actividad junto con sus otras actividades, comienza a experimentar agotamiento físico y emocional, sentirse con sobrecarga, desmotivado y frustrado. Asimismo, el cuidador puede incluso sentirse enojado por la situación que le tocó vivir o que decidió tomar ya sea por compromiso, culpa, por amor, por no sentirse solo o por sentirse útil.

Resulta necesario que se imparta este taller en los centros de salud para brindarles apoyo y guía a los cuidadores primarios de personas con discapacidad motriz, ya que como se vio a lo largo del trabajo, este sector representa la mayor parte de los diferentes tipos de discapacidad que existen, lo que provoca que existan un mayor número de cuidadores primarios al pendiente de estas personas.

El taller puede ayudarles a saber cómo relajarse con ejercicios de tensión y relajación muscular para poder liberar ansiedad ante la situación que viven, la ventaja de poder aprender esta técnica es que se puede practicar en cualquier lugar sin necesidad de ser visto por alguien más si es que no lo deseara, además de perfeccionarla día con día hasta hacerlo de forma automática y como parte de una rutina sana para sí mismo. De igual forma, aprender a distribuir su tiempo de manera que pueda realizar todas sus actividades sin olvidarse de sí mismo.

Puede ayudar este taller a detectar qué tan “quemados” están los cuidadores y aunque el objetivo del taller no es dar terapia, sí lo es el poder ayudar a disminuir el Burnout en ellos y quizá recomendar acompañarlo con una terapia para poder tratar la depresión en caso de que la tuvieran ya que ésta junto con la ansiedad, pudieran enfermar en un lapso al cuidador u orillarlos a cometer actos contra sí mismo y su paciente, perjudicando su vida personal, familiar e incluso laboral y económica.

Por otra parte también se les brindarán herramientas que les permitan afrontar de mejor manera los problemas de manera directa y ponerle fin al evento estresor que causa pensamientos y emociones irracionales los cuales hacen que se paralicen y no sea asertiva su forma de tomar decisiones y solucionar problemas.

Finalmente este taller trata de cuidar a los cuidadores y de lograr que se sientan en un ambiente neutro fuera de su realidad, no para evadirla si no para saber cómo darle frente de ahora en adelante. Pretende ser, un parteaguas para sus vidas y se espera que marque un antes y un después que con trabajo y disciplina

en casa se podrá convertir en un nuevo estilo de vida que les brinde la seguridad para enfrentar cualquier adversidad además de la tranquilidad para poder hacerlo.

ALCANCES Y LIMITACIONES

ALCANCES:

- Los participantes adquirirán estrategias que ayuden a disminuir la ansiedad y depresión que les genera al Burnout, como la Técnica de Relajación de Jacobson, que podrá ser aplicada en casa sin necesidad de tener al facilitador (a) y obtener beneficios en su vida y en su rol como cuidador, le ayudará a relajarse ante cualquier situación estresante.
- El taller puede ser parte del cuidado a sí mismos, ya que es un espacio donde pueden ver los problemas que tienen como cuidadores primarios desde otro panorama, ayudándoles a disminuir la ansiedad al volver a casa.
- El taller lo podrían tomar personas que deseen conocer más acerca de la discapacidad motriz para tener un acercamiento con el tema.
- Las estrategias que se aprenderán en el taller no requieren de material costoso, por lo cual aplicarlas en casa no causará un gasto extra en su economía.
- El taller se puede llevar a cabo en cualquier Institución, centro deportivo o lugar donde se tengan sillas y mesas, y un espacio mediano para que los participantes se sientan cómodos al realizar las actividades.
- Los participantes podrán descubrir la importancia de cuidar de sí mismos antes que a otra persona, ya que de esa forma pueden prevenir que se enfermen en un futuro y necesitar ellos los cuidados, por ello aprenderán a distribuir su tiempo de manera inteligente y equilibrada para tener una mejor calidad de vida.
- El cuidador aprenderá a sobrellevar los cambios y desafíos de cualquier actividad. Podrá comunicar y expresar sus emociones para no sentir culpa ni frustración por hacerlo.

LIMITACIONES:

- Si se llegara a tener una inasistencia al taller se interrumpiría el proceso de aprendizaje y sensibilización de este programa, de tal modo que no podría dar los resultados esperados al final del taller.
- La falta de interés y compromiso por parte de los participantes debido a alguna resistencia para trabajar en el taller.
- La falta de disciplina y responsabilidad que tengan los participantes para trabajar en casa, las tareas que se les deje, además de no dar continuidad con lo aprendido una vez concluido el taller.
- Que los participantes no se den el tiempo de poder aplicar lo aprendido en taller o incluso que por la falta de tiempo dejen de asistir.
- La falta de seguridad por parte de los participantes para trabajar algunas veces en equipo, podría dificultar la interacción y por lo tanto el avance personal en la obtención de las estrategias.
- Que los participantes no se den el tiempo debido a las actividades que deben realizar tanto personales como de cuidador.

BIBLIOGRAFÍA:

- Aguado, A. L. (1995). *Historia de las Deficiencias. Colección Tesis y Práxis*. Madrid, España: Escuela Libre Editorial, Fundación Once.
- Aldave, S., López, M., & Varela, S. (2014). *Características y necesidades de las personas en situación de dependencia*. Madrid, España: Paraninfo .
- Alpuche, V., Ramos del Río, B., Rojas Russell, M. E., & Figueroa López , C. G. (Julio-Diciembre de 2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales . (U. N. México, Ed.) *Psicología y salud*, 18(2), 237-245.
- Álvarez, M. I., & De Montalvo, F. (2010). Capítulo 6 "Síndrome del cuidador quemado". En *La familia ante la enfermedad* (pág. 139). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Arco, J. L., & Fernández, A. (2004). *Necesidades Educativas Especiales, manual de evaluación e intervención psicológica*. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- American Psychological Association, (Junio de 2010). *American Psychological Association*. Recuperado el 13 de 01 de 2017, de <http://www.apa.org/>
- Astudillo, A.W, & Mendinueta, A.C. (2003). Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. En S. A. Michelena Artes Gráficas, & S. V. Paliativos (Ed.), *Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa*. (Vol. 7, págs. 235-255). España, San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Astudillo, A.W. & Mendinueta, A. C (2008). Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida. *Revista de Psicooncología*, 5(2), 359-381.
- Barrera , L., Pinto, N., Carrillo, G., & Chaparro , L. (2010). Por qué se presta ayuda a un familiar. En *Cuidando a los cuidadores. Familiares de personas con enfermedad crónica*. (1a ed., pág. 31). Bogotá, Colombia: Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.
- Barrón, B. S., & Alvarado, S. (2009). Desgaste Físico y emocional en el cuidador primario en cáncer. *Revista de Cancerología*, 4, 39-46.

- Caballo, V. (1998). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo XXI.
- Casado, F. D. (2004). Abordaje clínico y comprensión de un trastorno de estrés: el moobing. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 257-265.
- Centeno, C. (2004). *Cuidar a los que cuidan. Qué y cómo hacerlo*. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá.
- Davidhizar, R. (1992). *Entendiendo la importancia de los cuidadores de enfermos crónicos en la familia* (Vol. 13).
- Davis, M., McKay, M., & R. Estheman, E. (2010). *Técnicas de Autocontrol Emocional* (2° ed.). Madrid, ESPAÑA: Mr. Ediciones.
- Di Colloredo, C., Aparicio, D., & Moreno, J. (Julio-Diciembre de 2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. (U. d. Buenaventura, Ed.) *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 125-156.
- Diniz, D., Barbosa, L., & dos Santos, W. (Diciembre de 2009). Discapacidad, Derechos Humanos y Justicia. *Revista Internacional de Derechos Humanos*, 6(11), 65-77.
- Domínguez, J., Ruíz, M., Gallego, E., Valero, J., & Izquierdo, M. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Medicina de Familia Semergen*, 8(1), 16-23.
- Eimil, M. (2012). *Neurodidacta*. Recuperado el 09 de 12 de 2016, de <http://www.neurodidacta.es/es/comunidades-tematicas/alzheimer/enfermedad-alzheimer-otras-demencias/cuidador-persona-con-alzheimer/consejos-basicos-para-cuidador-principal>.
- Estrada, O., Pérez, E., & Álvarez, M. Á. (2010). Presentación de estímulos positivos como procedimiento para controlar la ansiedad en situaciones estresantes. *Apuntes de Psicología*, 28(2), 225-236.
- Estrada, M. (2016). Taller de técnicas de afrontamiento para evitar el Síndrome de Burnout dirigido al cuidador primario del paciente con demencia. Ciudad de México.
- Figuroa, Y. (2011). Situación del cuidador y características del cuidado de personas con discapacidad en Santiago de Cali. *Rev Chil Salud Pública*, 15(2), 83-89.

- Franco, E. (S/A). La cuidadora o cuidador de persona con discapacidad – de invisible a invencible. Bogotá, Colombia.
- García, R., & Bustos, G. (Marzo-Agosto de 2015). Handicap and Family problems. *Paakat: Revista de Tecnología y Sociedad*, 5(8).
- Gómez , M. C., & Morales, M. G. (10 de Marzo de 2012). Desgaste físico y emocional del cuidador primario. Ciudad de México: Asociación Mexicana de Tanatología.
- González de Rivera, J. (1982). Del entrenamiento autógeno de Schultz a la psicoterapia autógena de Luthe. *Psiquis*, 1(3), 16-21.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N°2006/10.
- Guerra , G. (s.f.). *Instituto Conductual de Costa Rica*. Recuperado el 16 de 12 de 2016, de <http://www.incocr.org/biblioteca/0008.PDF>
- Guerrero, E. (Abril de 2002). Modos de afrontamiento de estrés laboral en una muestra de docentes universitarios. *Revista Internacional de Formación del Profesorado* (43), 93-112.
- Hernández , M. I. (Julio-Diciembre de 2015). El concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. *Revista CES Derecho ISSN 2145-7719*, 6(2), 46- 59.
- Huizing, E., & et al; grupo de trabajo José Antonio Irlles Rocamar. (2011). *Consejería de Salud*. (J. d. Andalucía, Ed.) Recuperado el 8 de Abril de 2017, de <http://www.sis.net/documentos/ficha/205671.pdf>
- INEGI, (2004). *Las personas con discapacidad en México: una visión censal*. Aguascalientes, México: INEGI.
- INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010, *Cuestionario ampliado*. Estados Unidos Mexicanos/Población con discapacidad.
- Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

- Ledesma, J. A. (2008). *La imagen social de las personas con discapacidad (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad)* (Juan Antonio Ledesma ed.). Madrid, España: Ediciones Cinca.
- López, N. G. (Septiembre-Diciembre de 2013). Calidad de vida de cuidadores primarios de pacientes con discapacidad dependiente, del CRIT Chihuahua, México. *TecnoCiencia Chihuahua*, 7(3), 139-151.
- López, O. G.C. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339.
- Maggiore, L. E. (2012). CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD: UN ESTUDIO DE LOS RESIDENTES DEL COTTOLENGO DON ORIONE. *Hologramática*, 1(17), 19-46.
- Mike, C. (2013). *Tips efectivos para manejar el estrés en cualquier situación*. México: Trillas.
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Daháb, J. (Julio de 2005). Los fundamentos de la reestructuración cognitiva. (C. d. Comportamiento, Ed.) *Revista de terapia cognitivo conductual*(9).
- Mondragón, V., & Lobera, J. (2010). *Discapacidad motriz. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. México: Consejo Nacional de Fomento Educativo.
- Morán, C., Landero, R., & González, M. (Mayo-Agosto de 2010). COPE 28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Núñez, V. A. (2016). *Taller para prevenir el síndrome de Burnout en el personal del Centro de Salud "Dr. Guillermo Soberón"*. Ciudad de México: Facultad de Psicología.
- OMS. (2001). *who.int*. (IMSERSO, Ed.)
- OMS. (Noviembre de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 01 de 04 de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Padilla, A. (Enero-Junio de 2010). Discapacidad: Contexto, Concepto y Modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*(16), 381-414.

- Payné, R. (2002). *Técnicas de Relajación, Guía Práctica* (3a ed.). Barcelona: Paido Prido.
- Pinto, N. (2010). Cuidar en el hogar a personas con enfermedad crónica, su familia y cuidador. Bogotá, Colombia: Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia.
- Pinto, N., & Sánchez, B. (2000). El reto de los cuidadores: familiares de personas en situación crónica de enfermedad. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Pinto, N., Barrera, L., & Sánchez, B. (2010). Necesidades del cuidador . En *Cuidando a los Cuidadores. Familiares de personas con enfermedad Crónica* (1a ed., pág. 32). Bogotá, Colombia: Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá..
- Prettel (2012). *Relajación Progresiva de Jacobson “Mediante el Trabajo Muscular y el Control de la Respiración”*. Centro de Orientación y Desarrollo Humano. Páginas 23 – 26. Tomado de: <https://estudiosgestalt.files.wordpress.com/2012/08/tc3a9cnica-de-relajaci3b3n-progresiva-de-jacobson.pdf>. Recuperado 15 de Marzo, 2017.
- Quuas, C. (2006). Diagnóstico de Burnout y técnicas de afrontamiento al estrés en profesionales universitarios de Chile. *Psicoperspectivas*, 1, 65-75.
- Ramírez, A. (Mayo de 2009). Cuidadores de personas en condición de discapacidad: acerndandonos a sus testimonios. Bogotá.
- Ruíz, A.E, Nava ,Ma.G. (2012). Cuidadores: responsabilidades - obligaciones. 2(3), 163-169.
- S/A, *My child without limits.org*. (2017). Recuperado el 17 de 04 de 2017, de <http://www.mychildwithoutlimits.org/plan/common-treatments-and-therapies/?lang=es>.
- San Juan, M. A., & Ibañez López, P. (1997). *Las Minusvalías, Diagnóstico, tratamiento e integración*. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia. Aula Abierta.
- Sanitarias, U. d. (s.f.). *Guía Salud*. (A. L. Entralgo, Editor) Recuperado el 27 de 03 de 2017, de www.guiasalud.es
- Seoane, J. A. (2011). ¿Qué es una persona con discapacidad? *Ágora*, 30(1), 143-161.

Verdugo , M. Á. (s.f.). *Mesa Redonda: ¿qué significa la discapacidad hoy? cambios conceptuales*. Recuperado el 7 de Abril de 2017, de <https://campus.usal.es/~inico/publicaciones/Verdugo-ModelosSoc.pdf>

Villegas, M. (26 de 05 de 2014). *Las fases de adaptación al cuidado*. Recuperado el 19 de 04 de 2017, de <https://mariavillegas.es/2014/05/26/las-fases-de-adaptacion-al-cuidado/>

Wilson Astudillo, C. M. (2008). Cómo apoyar al cuidador de un enfermo al final de la vida. *PSICOONCOLOGÍA*, 5(2-3), 359-381.

Zarit, S. H. (1980). *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden Gerontologist*.

ANEXOS

ANEXO 1

Test de Zarit

Puntuación: **0** Nunca **1** Rara vez **2** Algunas veces **3** Bastantes veces **4** Casi siempre

PREGUNTAS	RESPUESTAS				
	0	1	2	3	4
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?					
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					

¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

(Zarit,1985)

ANEXO 2

Dinámica: “Lo que tenemos en común”

Objetivos:

- Fortalecer el sentido de pertenencia grupal a través de reconocer atributos y diferencias entre ellos
- Identificar la similitud que tienen los cuidadores, no se sentirá solo.

Duración: 30 minutos.

Procedimiento: La facilitadora comienza con decir una característica o acción en común de las personas en el grupo, como “cuidador”.

Todos aquellos que tengan en común el ser cuidador deben moverse hacia un lado del salón.

Cuando la facilitadora dice más características, como “les gusta ir al cine”, las personas con esas características se mueven al lugar indicado.

ANEXO 3

Dinámica: “Pegado de manos”

Consiste en dibujar una mano y contestar 5 preguntas, una por cada dedo de la mano.

Objetivos:

- Favorecer la integración del grupo mediante el mutuo conocimiento
- Promover la comunicación inicial en el grupo.

Duración: 20 minutos

Procedimiento: Cada uno de los participantes dibuja la silueta de su mano derecha o izquierda, y va colocando a cada uno de los dedos de la mano las respuestas de las siguientes preguntas:

- Motivos por los que están en el taller.
- Aspectos que más valoran de las personas
- Aquello que más les preocupa.
- Las aportaciones que están dispuestos a ofrecer al grupo.
- Aportaciones que esperan del taller.

Para terminar se hace una puesta en común y se pegan todas las manos en un mural poniendo el nombre debajo.

ANEXO 4

Dinámica: Color, Símbolo e Imagen”

Objetivos:

- Identificar los puntos principales de una idea de manera no verbal
- Promover y potenciar la comprensión de un tema
- Favorecer la participación de todos facilitando la discusión

Duración: 30 minutos

Procedimiento: Este ejercicio es una rutina de pensamiento que se propone debatir y discutir sobre los puntos centrales del tema trabajado en el grupo. Se utilizará después de la exposición del tema del cuidador primario, sirve de síntesis del tema tratado. Además, esta dinámica facilita la participación de todos y todas en el debate y discusión cuando los participantes comparten sus colores, símbolos e imágenes.

Se deberá distribuir a cada persona la siguiente hoja de trabajo:

COLOR	SÍMBOLO	IMAGEN
<ul style="list-style-type: none">• Escoge un color que represente la idea.• Explica por qué has elegido ese color. <hr/> <hr/> <hr/>	<ul style="list-style-type: none">• Crea un símbolo que represente la idea,• Explica por qué has creado ese símbolo. <hr/> <hr/> <hr/>	<ul style="list-style-type: none">• Escoger una imagen que mejor represente la idea.• Explica porqué has elegido esa imagen. <hr/> <hr/> <hr/>

Una vez que la hayan completado se procede a compartir el trabajo realizado con el grupo. Cada persona podrá dar a conocer cuál fue la idea principal que rescato y por qué la identifico con un color determinado, un símbolo y una imagen.

❖ IDEAS PARA EL MOMENTO DE REFLEXIÓN Y DEBATE

Identificar todas las ideas principales que razonaron en el grupo y cómo se manifestaron con los colores, símbolos e imágenes. Ante cada participación promover el debate y la discusión para profundizar sobre cada idea y elaborar conclusiones.

ANEXO 5

Dinámica: “Pinceles secos”

Objetivo:

- Reconstruir, transformar o crear la imagen interna de sí mismo.
- Relajar la mente.

Duración: 25 minutos

Procedimiento: Con pinceles de diferentes tamaños y grosores, es posible plantear el tema del paisaje interior, como metáfora de la imagen interna que cada participante tiene de sí mismo y también de la que es capaz de reconstruir, transformar o crear. También puede utilizarse para que cada persona tenga la oportunidad de evocar sus imágenes mentales sobre un tema o zona del cuerpo específico a través del proceso de libre asociación. La respuesta de relajación puede inducirse (tomando distancia y respetando los tiempos), a través de la imaginación de diferentes colores ya que cada uno de ellos puede asociarse y remitir a emociones y sensaciones personales. Existen diferentes estudios, cuyos resultados han demostrado el efecto beneficioso de los colores sobre el estado de relajación en relación con la salud física y emocional.

ANEXO 6

Dinámica: “Mi vida también debo de cuidar”

Objetivo: Valorar la propia vida e identificar las necesidades que se tiene.

Duración: 30 minutos

Procedimiento: La facilitadora les dará una hoja y una pluma. En la hoja escribirán las actividades que quieren hacer en sus tiempos libres, y cuanto tiempo les gustaría dedicarle a cada una, esto les ayudará a darse cuenta que para ello hay que tener tiempo libre para ellos y así comenzarán a aceptar la necesidad de delegar responsabilidad y darse tiempo a sí mismos.

Dividirán sus actividades de la siguiente manera:

Ámbitos	Mis Actividades	Tiempo que requiero
Social		
Familiar		
Pareja		
Trabajo		
Placer y ocio		
Mi cuerpo y salud		

ANEXO 7

Dinámica: “Ovillo de lana”

Objetivo: Reforzar lo positiva que tiene cada uno de los participantes.

Duración: 30 minutos

Procedimiento: La facilitadora pedirá a todo el grupo se sienten en círculo cerrado, y les explicara la dinámica, se trata de utilizar un ovillo de lana o estambre, le dará el ovillo a uno de ellos y lo tomará del extremo y, sin soltarlo, lo lanzará con la otra mano a un compañero, a la vez que **dice algo positivo que le guste o valore de la persona a quien se lo lanza**. El que recibe el ovillo, agarra el hilo y, también sin soltarlo, lanza de nuevo el ovillo a otro compañero, diciendo algo que valore o le guste de él. Y así sucesivamente hasta que todos los participantes agarran un trozo de hilo, mientras se va formando una vistosa figura a modo de telaraña o estrella. Para finalizar, el último participante en recibir el ovillo lo lanzará al primero, ya que de esta manera cerramos el círculo y **todos los compañeros habrán dicho algo positivo de alguien** y, a la vez, **alguien habrá dicho algo positivo de ellos mismos**.

ANEXO 8

Dinámica: “Mapa emocional”

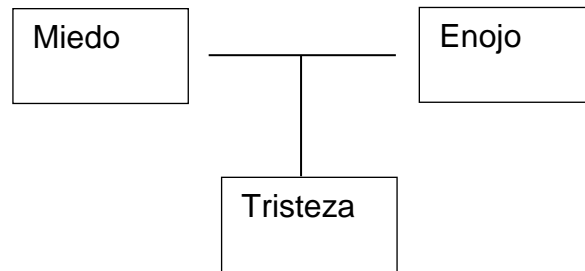
Objetivo: Incrementar la conciencia respecto de los diferentes sentimientos y describir las emociones desagradables más frecuentes en su papel de cuidador.

Duración: 30 minutos

Procedimiento: La facilitadora dará un cuestionario:

Elabora un mapa emocional

1. ¿Cuál de estas emociones displacenteras sueles sentir?



Busca un ejemplo: el más reciente, el más intenso, el que mejor lo explica, etc

2. En general,.. ¿Cuándo se te dispara esta emoción (externamente)?

- ❖ Cuando VES que...
- ❖ Cuando ESCUCHAS que ...
- ❖ Cuando SIENTES que ...

3. ¿Cómo la vivencias internamente?

- ❖ Te IMAGINAS que ...
- ❖ SENSACIONES físicas que tienes....
- ❖ PALABRAS o frases que te dices ...

4. ¿Cómo sueles reaccionar ante esa emoción?

- ❖ Lo que haces....
- ❖ Lo que no haces ...
- ❖ Lo que dices ...
- ❖ Lo que no dices ...

ANEXO 9

Dinámica: ¡Suban el volumen!

Objetivo: Aprender a diferenciar y reconocer la idea de tensión y distensión aplicada a la música.

Duración: 20 minutos

Procedimiento: Las cintas elaboradas para realizar los ejercicios de relajación presentan siempre sonidos referidos a la distensión y la relajación (suaves, etéreos, pausados). Sin embargo, por ejemplo la música de la película Psicosis de A.Hitchcok, por ejemplo transmite todo lo contrario. ¿Te animas a buscar música tensionada y música que se encuentre muy relajada? Elabora una escala con canciones y melodías, ordenándolas desde la que se encuentre más relajada hasta la más tensionada. Procura inventar tus sonidos y melodías relacionadas con la tensión y otros con el estado de relajación El reconocimiento de la tensión y de la distensión por medio de los sonidos, posibilita el registro, la percepción, discriminación e interpretación entre unos y otros.

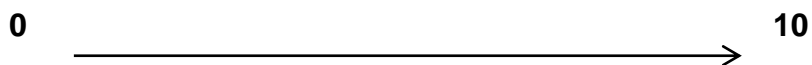
ANEXO 10

Dinámica: “Mi problema es...”

Objetivo: Reconocer que los problemas existen.

Duración: 25 minutos

Procedimiento: La facilitadora pedirá que en una hoja se indique el problema que tiene en la actualidad y que se había dejado de tarea en la sesión 5, se pondrá el nivel de gravedad del mismo en una escala de 0 (nada) a 10 (muchísimo).



ANEXO 11

Dinámica: “Encontrando pistas”

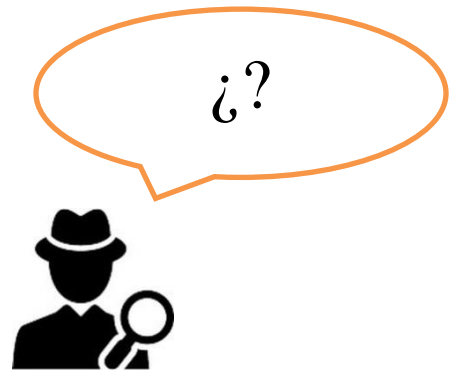
Objetivo: Describir claramente el problema en términos específicos y concretos.

Duración: 25 minutos

Procedimiento: La facilitadora comenzará a explicar la dinámica “Encontrando pistas”, los participantes se pondrán en parejas y deberán actuar como detectives, su papel será el hacer preguntas a su compañero tales como: ¿Quién?, ¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Por qué?, y ¿Cómo? Deberán recordar que la información que se busca es de hechos, no de creencias o sospechas. Deberán recolectar toda la información relevante al problema.

Sigue las pistas y resolverás el problema :

- ¿Quién?
- ¿Qué?
- ¿Cuándo?
- ¿Dónde?
- ¿Por qué?
- ¿Cómo?



ANEXO 12

Dinámica: “¿Qué metas obtendré si lo resuelvo?”

Objetivo: Considerar los beneficios y costos a corto y largo plazo que se tendrá al resolver el problema

Duración: 25 minutos

Procedimiento: La facilitadora pedirá que se coloquen de nuevo en sus lugares de manera individual, posteriormente dará una hoja con la siguiente información:

	Metas a corto plazo		Metas a largo plazo	
	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas
Resolver el problema				
Continuar sin resolver el problema				

Les pedirá que una vez definido el problema se reevalúe el significado e importancia del problema, además de considerar los beneficios y costos que tendrá el resolverlo en oposición a no resolverlo.

ANEXO 13

Dinámica: “Mis compañeros dijeron...”

Objetivo: Generar posibles soluciones

Duración: 20 minutos

Procedimiento: La facilitadora pedirá se pongan en cuatro equipos, en cada equipo se hará lo mismo, solo que se dividirá para no alargar tanto el tiempo. Deberán colocarse en círculo con sus sillas, pasará cada uno de los participantes al centro de su equipo y contará de manera breve el problema que tiene que resolver, los demás lo escucharán atentamente y comenzarán a decir las soluciones posibles que se le ocurra a cada uno, incluyendo al participante que está en el centro. Deben decir cualquier solución por descabellada que esta parezca, es válida como alternativa ya que en eso consiste esta fase, ahora no es momento de su valoración.

El participante que pase a contar el problema, al finalizar anotará las soluciones que le proponen sus compañeros y las propias.

ANEXO 14

Dinámica: “15 días de vacaciones”

Objetivo: Ayudar a ejecutar a que un grupo tome decisiones.

Duración: 15 minutos

Procedimiento: Individualmente se coge aquellas cosas que se crean necesarias para ir de vacaciones, más tarde se ponen en común, se llega a una lista más severa y se expondrá, habiéndose puesto el grupo de acuerdo.

Observaciones: Es difícil la toma de decisiones en grupo

ANEXO 15

Tabla 2. Ejemplo de hoja de toma de decisiones

	Alternativas				
	1	2	3	4	5
<p style="text-align: center;">Ventajas</p> <p>-Beneficios.....</p> <p>-Consecuencias negativas.....</p> <p>-Tiempo y esfuerzo.....</p> <p>-A corto plazo.....</p> <p>-A largo plazo.....</p> <p>-Adecuación a los propios valores y metas.....</p> <p>-Adecuación al medio (familiar, laboral, amistades, etc.).....</p> <p> o Total:.....</p> <p>-.</p>					
<p style="text-align: center;">Desventajas</p> <p>-Costes.....</p> <p>-Consecuencias negativas.....</p> <p>-Tiempo y esfuerzo.....</p> <p>-A corto plazo.....</p> <p>-A largo plazo.....</p> <p>-Adecuación a los propios valores y metas.....</p> <p>-Adecuación al medio (familiar, laboral, amistades, etc.).....</p> <p> o Total:.....</p>					
<p style="text-align: center;">Ventajas – desventajas.....</p>					
<p style="text-align: center;">Alternativas</p> <p>6.</p> <p>7.</p>					

8.					
9.					
10.					

(Labrador, 2008, p.472)

ANEXO 16

Dinámica: “Seis hombres ciegos y un elefante“

Objetivo: Comprender el peligro de la distorsión de la realidad.

Duración: 20 minutos

Procedimiento: Mediante la historia de un elefante y seis ciegos que la facilitadora repartirá a cada participante, se podrá comprobar la distorsión de la realidad que a veces se hace de varias partes se compone la realidad.

Se deberá cooperar, la verdad dependerá de nuestra experiencia y la realidad dependerá del punto de vista donde se mire.

❖ HISTORIA

Había una vez seis hombres ciegos que vivían en Indostán, que querían ampliar sus conocimientos y aprender cómo era un elefante, por lo que decidieron que cada uno, por la observación del tacto, podría satisfacer a su mente.

El primero, al acercarse al elefante, chocó contra su lado ancho y fornido, por lo que en seguida empezó a gritar:

"¡Bendito sea Dios!

¡El elefante es muy similar a una pared!"

El segundo, palpándole el colmillo, gritó:

"Oh! lo que tenemos aquí, es muy cilíndrico, suave, y aguzado. Para mí esto es

muy claro, esta maravilla de elefante es muy parecido a una lanza". El tercero se acercó al animal y tomó la trompa, la cual se retorció en sus manos. Así, audazmente dijo:

"Yo veo", acotó, "que el elefante es igual que una serpiente"

El cuarto extendió su ávida mano Y se posó sobre la rodilla: A lo que más ésta bestia maravillosa se parece, es muy llano", comentó él; "Es bastante claro que el elefante es semejante a un árbol"

El quinto, que se arriesgó a tocar la oreja, dijo: "Hasta el hombre más ciego puede decir a lo que esto más se parece:

Niegue el hecho quien pueda, esta maravilla de elefante es igual que un abanico".

El sexto, en cuanto empezó a tentar a la bestia, asió su cola oscilante. "Yo veo", dijo él, "que el elefante es como una sogá".-

Y así, estos hombres de Indostán continuaron disputando ruidosa y largamente. Cada uno se mantenía en su propia opinión, siempre más rígida y fuerte, por lo que no podían llegar a un acuerdo ya que, como podemos ver, aunque cada uno estaba en parte en lo cierto, todos estaban errados.

ANEXO 17

Dinámica: "Ideas no realistas"

Objetivo: Analizar ideas no realistas y ver lo absurdas que son.

Duración: 20 minutos

Procedimiento: La facilitadora pondrá en la pantalla de presentación unas dispositivas de Power Point en donde enlistará 10 pensamientos o ideas no realistas con el fin de leerlas y analizar entre todo el grupo por qué son irreales esas ideas.

IDEAS NO REALISTAS:

1. Es tremendamente necesario sentirme amado y aprobado por las personas.
2. He de ser profundamente competente en todo para considerarme valioso.
3. Algunas personas son malas y deben ser duramente castigadas.
4. Que las cosas no salgan como yo deseo es catastrófico.
5. La felicidad humana depende de lo que le ocurra a la persona.
6. Si algo puede salir mal, debo preocuparme y atormentarme constantemente por ello.
7. Es más fácil rehuir las dificultades o quejarse de ellas que hacerlas frente.
8. Lo que he vivido en mi pasado es determinante, soy así y no puedo cambiarlo.
9. He de encontrar la solución perfecta porque siempre existe una.
10. La felicidad vendrá por sí misma, lo mejor es esperar a que las cosas cambien para decidirse a actuar.

ANEXO 18

Tabla 3. Autoregistro de pensamientos y creencias irracionales.

Día y hora	Situación (A)	Pensamiento irracional (B)	Consecuencias emocionales y de conducta (C)	Refutación y creencia racional eficaz (D)	Sentimientos y conductas experimentados con la nueva creencia racional (E)

- (Labrador, 2008 p. 504).