



LIBRO GUÍA
DEL FACILITADOR PARA
FORMAR
CUIDADORES
FAMILIARES



CC 
COLECCIÓN
CONOCIMIENTO

María Isabel Peñarrieta de Córdova
(coordinadora)

Libro guía del facilitador
para formar cuidadores familiares

Cada libro de la Colección Conocimiento es evaluado para su publicación mediante el sistema de dictaminación doble ciego por especialistas en la materia.

Lo invitamos a ver el proceso de dictaminación de este libro transparentado en



doi.org/10.52501/cc.049a

www.comunicacion-cientifica.com

Ediciones Comunicación Científica se especializa en la publicación de conocimiento científico en español e inglés en soporte de libro impreso y digital en las áreas de humanidades, ciencias sociales y ciencias exactas. Guía su criterio de publicación cumpliendo con las prácticas internacionales: dictaminación de pares ciegos externos, comités y ética editorial, acceso abierto, medición del impacto de la publicación, difusión, distribución impresa y digital, transparencia editorial e indexación internacional.

Libro guía del facilitador para formar cuidadores familiares

MARÍA ISABEL PEÑARRIETA DE CÓRDOVA
(COORDINADORA)

MARÍA ISABEL PEÑARRIETA DE CÓRDOVA • TRANQUILINA GUTIÉRREZ GÓMEZ • RODRIGO CESAR LEÓN HERNÁNDEZ
• MA. DEL SOCORRO PIÑONES MARTÍNEZ • LUZ MA. QUINTERO VALLE • FLORABEL FLORES BARRIOS • CARINA
FLORES BARRIOS • AZELA ANGÉLICA DE LA CRUZ PALOMO • MARÍA GUADALUPE DÍAZ RENTERÍA • JUANA EDITH
CRUZ QUEVEDO • FRANCISCA VELÁSQUEZ DOMÍNGUEZ • VIRGINIA SOLIS SOLIS • MARÍA ELENA VELÁSQUEZ
SALINAS • JULIA MARÍA EUGENIA LEMA MORALES • MERY SOLEDAD MONTALVO LUNA

(AUTORES)



Libro guía del facilitador para formar cuidadores familiares del Programa “Trabajando juntos en colaboración” María Isabel Peñarrieta Córdova, coordinadora. — Ciudad de México : Comunicación Científica, 2022.

— 124 páginas : ilustraciones. — (Colección Conocimiento).

ISBN 978-607-99746-9-5

DOI 10.52501/cc.049a

1. Cuidado del enfermo — Estudio y enseñanza. Cuidadores — Capacitación de. 3.

Enfermedades crónicas. I. Peñarrieta Córdova, Isabel, coordinador. II. Serie.

LC: RT84

Dewey: 610.730 698

María Isabel Peñarrieta de Córdova (coordinadora), 2022

Primera edición en Ediciones Comunicación Científica, 2022

Diseño de portada: Francisco Zeledón • Interiores: Guillermo Huerta

Ediciones Comunicación Científica S.A. de C.V., 2022

Av. Insurgentes Sur 1602, piso 4, suite 400,

Crédito Constructor, Benito Juárez, 03940, Ciudad de México, México,

Tel. (52) 55 5696-6541 • móvil: (52) 55 4516 2170

info@comunicacion-cientifica.com • info@comunicacion-cientifica.com

www.comunicacion-cientifica.com •  comunicacioncientificapublicaciones

 @ComunidadCient2

DOI: 10.52501/cc.049a

ISBN: 978-607-99746-9-5



Esta obra fue dictaminada mediante el sistema de pares ciegos externos. El proceso transparentado puede consultarse, así como el libro en acceso abierto, en

<https://doi.org/10.52501/cc.049a>

Índice

<i>Presentación del programa “Trabajando juntos en colaboración”</i>	9
<i>Introducción</i>	17
CONSIDERACIONES TEÓRICAS DEL PROGRAMA “TRABAJANDO JUNTOS EN COLABORACIÓN”	
<i>Presentación</i>	19
CAPÍTULO 1. LA CRONICIDAD Y EL AUTOMANEJO EN UN PROGRAMA PARA CUIDADORES FAMILIARES <i>María Isabel Peñarrieta de Córdova, Luz María Quintero-Valle</i>	25
CAPÍTULO 2. UNA INTRODUCCIÓN DE LA TEORÍA SOCIAL COGNITIVA EN UN PROGRAMA PARA CUIDADORES FAMILIARES <i>Rodrigo César León Hernández, María Elena Velásquez Salinas</i>	37
CAPÍTULO 3. REFLEXIONES SOBRE EL SIGNIFICADO DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA/EMPÁTICA/ACTIVA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD <i>Tranquilina Gutiérrez Gómez, Francisca Velásquez Domínguez</i>	47
CAPÍTULO 4. ESTILO DE VIDA: IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE <i>María Guadalupe Díaz Rentería, Carina Flores Barrios</i>	53
CAPÍTULO 5. PROCEDIMIENTOS PARA CUIDAR <i>Virginia Solís Solís, Florabel Flores Barrios, Azela Angélica de la Cruz Palomo</i>	57
CAPÍTULO 6. MANEJO DE COMPORTAMIENTOS DIFÍCILES <i>Juana Edith Cruz Quevedo, Julia María Eugenia Lema Morales</i>	63
CAPÍTULO 7. SOPORTE SOCIAL Y USO DE LA TIC <i>Mery Montalvo Luna, María del Socorro Piñones Martínez</i>	67

Presentación del programa “Trabajando juntos en colaboración”

El presente libro guía está dirigido a los facilitadores del Programa “Trabajando juntos en colaboración”. Dicho programa tiene como finalidad contribuir con la calidad de vida de los cuidadores familiares a través del desarrollo de habilidades y destrezas en el cuidado que realiza a su familiar, así como las habilidades y destrezas para realizar el cuidado de sí mismos en bien de su salud física, mental y social, esto es un automanejo adecuado en un cuidador familiar. Para implementar el programa el facilitador debe recibir previamente un entrenamiento realizado por miembros de la Red de Automanejo.

El reclutamiento de los participantes al Programa de cuidadores familiares debe contemplar dos aspectos: una información clara de las características del programa, los beneficios que obtendrá si participa en todas sus sesiones y desarrollar una encuesta previa al inicio que permitirá a los facilitadores tener un conocimiento de sus expectativas del programa, así como de las dificultades en su rol de cuidador y un instrumento de evaluación de resultados esperados en el programa. Se anexa, al final del manual para implementar el Programa, el instrumento de evaluación que debe ser llenado por los participantes *vía online* antes y después del mismo.

Este programa puede ser implementado de manera presencial o *vía online*, consta de ocho sesiones de 2 horas y 30 minutos, una por semana.

El número de participantes de cuidadores familiares en la modalidad presencial es de ocho como mínimo y de 14 como máximo; para el caso *online* es de seis como mínimo y de ocho como máximo.

La participación en el programa es voluntaria con el compromiso de sí mismo para ser una persona proactiva en el autocuidado de la salud.

El programa “Trabajando juntos en colaboración”: formación del facilitador y entrenamiento del cuidador familiar sólo podrá ser implementado con autorización escrita de la Red de Automanejo en Enfermedades Crónicas.

Dedicatoria

A todas las personas que realizan el rol de cuidadores familiares y a los profesionales de la salud que brindan atención a personas dependientes que están a cargo de sus cuidados en casa de un familiar

Agradecimientos

A todos los cuidadores familiares y profesionales de la salud de los diferentes países de Latinoamérica (México, Perú y Colombia) que participaron durante la implementación del programa y su evaluación.

Presentación

El presente libro guía está dirigido a los profesionales de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales que desean ser facilitadores del Programa “Trabajando juntos en colaboración”.

Para implementar el programa el facilitador debe recibir previamente un entrenamiento por miembros de la Red de Automanejo en Enfermedades Crónicas, a través del cual se fortalecen y desarrollan habilidades, competencias y nuevos conocimientos en los profesionales que les permitan ser promotores del comportamiento del automanejo en cuidadores familiares como:

1. Habilidades para una comunicación asertiva con el cuidador.
2. Conseguir que los cuidadores fijen planes de AUTOCUIDADO de corto tiempo.
3. Enseñar el proceso de resolución de problemas y otras técnicas cognitivas.
4. Conceptualizar a la educación de la salud como una estrategia fundamental para cambiar a comportamientos más saludables promoviendo el automanejo y no sólo para dar información.
5. Ampliar el conocimiento con la incorporación de teorías del comportamiento en el Programa TJC, como es la teoría social cognitiva, teorías del automanejo y visualizar la trayectoria de la cronicidad más que la enfermedad en sí misma.
6. Habilidades para realizar un trabajo colaborativo con los cuidadores.

En el entrenamiento se proporciona a los profesionales el *Libro guía del facilitador para formar cuidadores familiares*, este les permitirá realizar el programa de manera completa, tal como ha sido diseñado, a fin de garantizar su fidelidad y los resultados esperados por los cuidadores, que han sido verificados a través de estudios de evaluación del programa “Trabajando juntos en colaboración”.

A través del entrenamiento a profesionales de la salud, el programa pretende contribuir al desarrollo y el fortalecimiento de nuevas competencias con una educación en salud diferente que no sólo se centre en informar, sino en cambiar comportamientos que, en este caso es el “automanejo” de cuidadores familiares.

El entrenamiento del facilitador se realiza a través de sesiones teóricas, en un total de 16 horas, tiempo que garantiza el logro de las competencias, y la implementación del Programa de cuidadores familiares con supervisión de los entrenadores puede ser desarrollado *online* o presencial, con un número de participantes via *online*, entre 6 a 8 participantes y en la modalidad presencial entre 8 a 14 participantes.

Introducción

El Programa “Trabajando juntos en colaboración” ha sido elaborado por el equipo de investigadores de la Red de Automanejo de Enfermedades Crónicas.

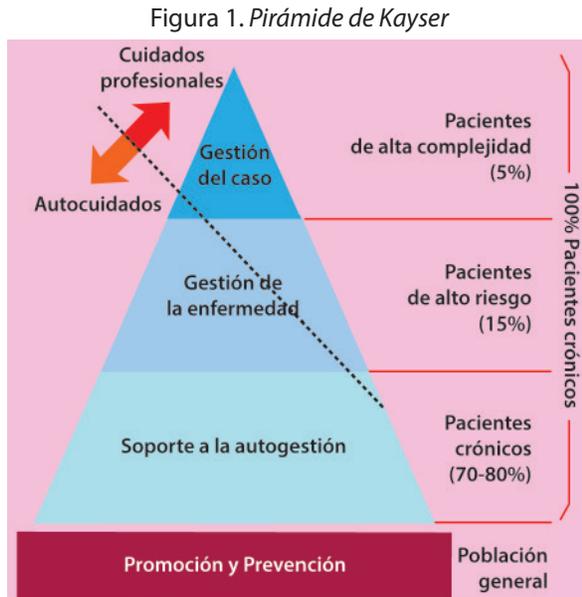
Tal como está descrito en la página web <https://www.reddeautomanejo.com>, somos un equipo de profesionales de la salud que trabajan en “conjunto o RED”, con la finalidad de hacer frente común a los problemas de salud derivados de las enfermedades crónicas en personas de Latinoamérica, promovemos el automanejo como un componente trascendental en el cuidado de su salud.

Para ello, hemos unido esfuerzos en diversas áreas, como investigación, formación de recursos humanos y educación en salud. Iniciamos con la investigación Efectividad del Programa de automanejo “Tomando Control de tu Salud” con la autorización de la Universidad de Stanford, Estados Unidos y el Programa “Flinders” de la Universidad Flinders, Australia, entrenando a profesionales de la salud, a estudiantes del área de la salud de pre y posgrado y a personas con condiciones crónicas en México y Perú, demostrando resultados de gran efectividad en la vida de las personas participantes en estos programas.

Es reconocido que la cronicidad, además de su impacto en personas con condiciones crónicas y cuidadores familiares, tiene un efecto socioeconómico en las familias, en las comunidades y, en general, en la sociedad. Además, induce a una demanda creciente de servicios del Sistema de Salud, que puede traducirse en un mayor uso de recursos sanitarios.

Todo ello coloca a la atención de los servicios de salud ante un enorme reto, que ya no se puede afrontar desde la perspectiva tradicional de atención individual a las enfermedades agudas. El abordaje de la cronicidad exige otro enfoque más amplio que tenga en cuenta la prevención, la atención integral, la continuidad asistencial y el protagonismo del propio paciente y su familia. En definitiva, un nuevo enfoque que se centrará en la persona y no en la enfermedad y que dará más importancia al “cuidar que al curar”.

Esta nueva perspectiva debe considerar como objetivo final pasar de un modelo en el que el paciente y el sistema se relacionan de forma pasiva a otro de relación proactiva, donde haya además una coordinación entre niveles y sectores asistenciales, como se evidencia científicamente en muchas partes del mundo: el modelo de la Pirámide de Kayser, donde el primer nivel de atención se convierte en la fortaleza del sistema en su capacidad resolutoria en atención a la cronicidad (véase la Figura 1).



Fuente: Roberto Nuño Solís (2007).

Uno de los principales objetivos educativos en este nivel es fortalecer el comportamiento del automanejo en personas con condiciones crónicas

y en los cuidadores familiares, esto es, la capacidad de resolver sus problemas del día a día derivados de la cronicidad de manera efectiva. Para ello, en este nuevo abordaje también es necesario contar con profesionales de la salud con nuevas competencias que permitan promover cambios de comportamiento en los usuarios con condiciones crónicas, sus cuidadores y sus familias. El cambio de comportamiento comienza con estilos de comunicación que apoyan el desarrollo de una asociación entre un usuario y su médico o profesional de la salud. Para el profesional de la salud, esto requiere que conozca la diferencia entre dar consejos y juzgar *vs.* sentir empatía y empoderar a los demás. Una asociación eficaz en la que el usuario está informado y participa activamente en el trabajo con un equipo de atención médica proactivo tiene resultados positivos para el usuario. El uso del Programa “Trabajando juntos en colaboración” para apoyar esta asociación requiere que el profesional evite imponer sus agendas, valores y expectativas a los usuarios. Para ello no basta sólo con informar, sino que además es necesario desarrollar competencias como comunicación asertiva, conocimiento y aplicación de teorías del comportamiento, entre otros aspectos importantes de organización y gestión, como el seguimiento y la relación entre niveles de atención (véase la Figura 2).

Figura 2. Esquema de relaciones entre niveles de atención
(Red Primaria de Intervención de Salud)



Fuente: <https://nuevastecommfyc.wordpress.com/2011/09/01qoolife-una-red-social-de-salud-para-pacientes-y-profesionales-sanitarios/>

Así, trabajando de manera colaborativa con las familias, usuarios e instituciones logramos que nuestros usuarios, una vez que salgan del hospital, no regresen a las mismas condiciones que facilitaron su enfermedad o complicación de ella, fortaleciendo en este caso las competencias del cuidador o cuidadora en su propio automanejo y cuidado de su familiar en casa.

Es así que el Programa “Trabajando juntos en colaboración”, a través del entrenamiento a profesionales de la salud, pretende contribuir con el desarrollo y el fortalecimiento de nuevas competencias en una educación en salud diferente que no sólo se centre en informar, sino en cambiar comportamientos.

**CONSIDERACIONES TEÓRICAS DEL PROGRAMA
“TRABAJANDO JUNTOS EN COLABORACIÓN”**

Capítulo 1. La cronicidad y el automanejo en un programa para cuidadores familiares

MARÍA ISABEL PEÑARRIETA DE CÓRDOVA¹

LUZ MARÍA QUINTERO-VALLE²

Resumen

Se describe la importancia de este programa educativo dirigido a profesionales de la salud para formar cuidadores familiares dedicados al cuidado en casa de algún familiar. Se describe el concepto utilizado de educación en salud cuyo objetivo es cambiar comportamientos, en este caso el automanejo de un cuidador familiar. Sustentadas en teorías del comportamiento aplicadas en el campo de educación en salud, se describen las seis características del automanejo en un cuidador familiar y las características principales de este programa: aprendizaje basado en la observación, en el desarrollo de habilidades más que sólo información, desarrollo de estrategias que promuevan la eficacia de los participantes del programa para su propio autocuidado, así como el desarrollo de habilidades para realizar procedimiento del cuidado y las tres herramientas principales del mismo: proyecto de vida / planes de autocuidado semanal, comunicación efectiva y uso de técnicas cognitivas.

Palabras clave: cronicidad, automanejo, desarrollo de habilidades, educación en salud.

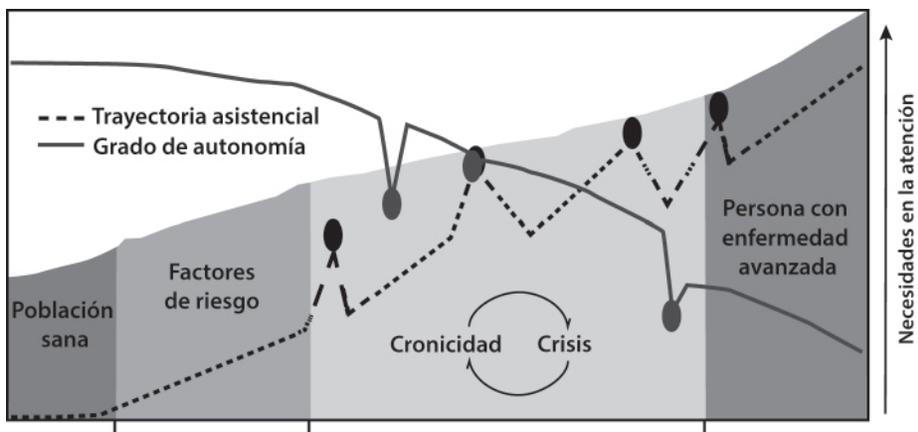
¹ Doctora en Ciencias de Salud Pública. Universidad Autónoma de Tamaulipas – Facultad de Enfermería Tampico ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9293-4024>

² Maestra en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería de Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6312-7576>

1.1. La cronicidad y el rol del cuidador

La cronicidad vista como una trayectoria a lo largo de la vida en las personas que lo padecen presenta cambios, con altibajos por parte de la persona que lo padece, asimismo, a medida que progresa su enfermedad y se acercan al final de su vida, necesitan realizar cambios de estilo y reestructurar sus vidas para adaptarse a las nuevas condiciones, que generan cada vez más dependencia y deterioro (Corbin, 1998) (véase la Figura 1.1).

Figura 1.1. Trayectoria de la cronicidad



FUENTE: Javier Blanquer. Atención Cronicidad Paciente Crónicos Complejos. Disponible en <https://es.slideshare.net/jjbg7982/atencin-cronicidad-pcc>

Es en este proceso que surge el rol del cuidador / cuidadora, que asume el rol de acompañamiento, atención directa y la gestión del cuidado de la salud, entre otras funciones (Kendall et al., 2015). A menudo, al desempeñar este rol hay carencias de conocimientos sobre los aspectos básicos que se asocian con el diagnóstico de los pacientes, su tipo de terapia, su pronóstico, así como el cuidado que requiere el paciente (Zimmermann et al., 2016; Hackett, Godfrey y Bennett, 2016). Desempeñar estas tareas sin el necesario conocimiento y habilidades para afrontar este nuevo rol trae sentimientos de sobrecarga, ansiedad, estrés, problemas físicos y disminución de la calidad de vida (Spatuzzi et al., 2017).

1.2. Programas de educación en salud y las teorías del comportamiento

El objetivo central de este entrenamiento es proveer al facilitador algunos referentes teóricos y estrategias de aplicación en este programa de educación en salud dirigido a cambiar el comportamiento relacionado con la salud, el soporte social y los ambientes físicos para este comportamiento en los cuidadores familiares.

Primero definiremos los conceptos de educación en salud y comportamiento en salud. Educación en salud, tal como es definido por Griffiths (1972), tiene como objetivo cambiar —en individuos, grupos y poblaciones— comportamientos que son presumiblemente dañinos para la salud a comportamientos que conducen a una buena salud presente y futura.

Posteriormente, este mismo autor (1980) define educación en salud como combinaciones de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar adaptaciones voluntarias de comportamientos saludables.

El presente programa de educación en salud precisamente tiene como objetivo central el cambio de comportamiento en los cuidadores familiares hacia un mejor comportamiento de su propio cuidado en su salud y el del familiar a quien cuida.

Igualmente, es importante señalar que, al hablar de educación en salud, también estamos incorporando una perspectiva ecológica de dos ideas centrales:

- Primera: el comportamiento es influenciado por múltiples niveles: intrapersonal o factor individual, factores interpersonales, factores institucionales u organizacionales, factores comunitarios y factores de orden de políticas públicas.
- La segunda idea está relacionada con la posibilidad de causa recíproca entre el individuo y su medio ambiente, esto es, que el comportamiento influye y es influenciado por el ambiente social (Stokols 1992).

El comportamiento en salud es, pues, una variable dependiente de la educación en salud, es el impacto que se busca en todo programa de educación en salud.

En un sentido amplio, comportamiento en salud se refiere a la acción de individuos, grupos, organizaciones, así como sus determinantes y consecuencias, incluyendo aspectos como:

- Incorporar o fortalecer habilidades de afrontamiento.
- Mejorar la calidad de vida, incluye considerar eventos mentales de pensamiento y sentimiento, como: creencias, costumbres, expectativas, motivaciones, valores, percepciones y otros elementos asociados con la cognición.
- Características de la personalidad.
- Estados afectivos y emocionales.
- Patrones de comportamiento, acciones y hábitos para mantener la salud, restaurarla o mejorarla (Gochman,1997).

Describiremos brevemente teorías que ayudarán a explicar o cambiar el comportamiento relacionado con la salud, según sus niveles de intervención en educación en salud (véase la Tabla 1.1).

Teorías como el modelo de creencias de salud son frecuentemente relacionadas con las percepciones de los riesgos de salud.

Algunas otras teorías, como el modelo transteórico de las etapas de cambio, está relacionada con intervenciones de educación en salud en programas que promueven el automanejo o cuidado a sí mismo.

La mayoría de los modelos psicológicos sociales generales, como la teoría social cognitiva fueron desarrollados para un amplio rango de conductas, pero son fácilmente aplicables al comportamiento de salud y cambio. Siendo esta última la más aplicada en el desarrollo del programa dirigido a promover el automanejo en personas con condición crónica y al cuidador familiar.

Existe suficiente evidencia científica del éxito de programas dirigidos a grupos de cuidadores familiares que logran cambiar comportamientos saludables, aplicando estas teorías del comportamiento, evidenciando, por ejemplo, mejora en la autoeficacia, solución de problemas, toma de deci-

siones, logrando una disminución de problemas de su salud, manejo del estrés, mejor calidad de vida, disminución de la sobrecarga de cuidar, entre otros (Jütten, Mark, Wicherts y Sitskoorn, 2018; Vandepitte et al., 2016). En este programa aplicaremos la teoría social cognitiva.

Tabla 1.1. *Teorías del comportamiento según niveles de educación*

<i>Teorías ordenadas por niveles</i>	
<i>Nivel de intervención y problema</i>	<i>Teorías</i>
Individual	Teoría del comportamiento planeado.
	Modelo transteórico.
	Modelo de persuasión de comunicación.
	Teoría de fijación de metas.
	Teoría de atribución.
	Modelo de creencia de salud.
Medio ambiente interpersonal	Teorías autoregulatorias.
	Teoría cognitiva social.
	Teoría de difusión de innovaciones.
Organización	Teorías de Red Social y soporte social.
	Teoría de etapa de cambio organizacional.
	Teoría de desarrollo organizacional.
Comunidad	Teoría de relación interorganizacional.
	Concientización.
Sociedad y gobierno	Organización comunitaria.
	Agenda de Teoría de construcción.
	Teoría de ventanas políticas.

Fuente: Bartholomew, Parcel, Kok y Gottlieb, 2001.

1.3. El automanejo en un cuidador familiar

Independientemente de las múltiples descripciones conocidas de “automanejo”, entre las más completas está la definición reportada por Bonal Ruiz y Cascaret Soto (2009), mencionada en la Conferencia Internacional sobre Automanejo del Paciente en el 2005 (McGowan, 2005) y a su vez adaptada a la determinada por Adams, Greiner y Corrigan (2004), quienes aducen que “El automanejo se relaciona con las tareas que una persona debe emprender para vivir adecuadamente con una o más cronicidades. Estas actividades pueden incluir ganar confianza para lidiar con el tratamiento médico, el manejo de funciones y el emocional”.

Los investigadores de la Universidad de Flinders en equipo (Bodenheimer, Lorig, Holman y Grumbach, 2002; Harvey et al., 2008) describen las siguientes seis características del automanejo:

1. Conocer su estado y las diferentes opciones de tratamiento.
2. Negociar con el proveedor de salud un plan de cuidados.
3. Seguir un plan de cuidados; evaluar constantemente y manejar los síntomas y signos de su condición.
4. Evaluar en forma continua y manejar la sintomatología de su condición.
5. Gestionar el impacto en la condición física, emocional y relaciones interpersonales.
6. Adopción de estilos de vida que promuevan o promuevan la salud.

Basados en el concepto referido anteriormente de automanejo y las características descritas de este comportamiento y relacionado con lo aprendido hasta el momento con relación a las situaciones y problemas que enfrenta cada día el cuidador familiar (Peñarrieta et al., 2017), el equipo de investigación de la Red de Automanejo propone el siguiente concepto adaptado a la realidad de un cuidador familiar:

El automanejo se asocia con las tareas que un cuidador/cuidadora debe promover para vivir en forma adecuada dentro de su rol, el que presupone que para poder realizar esas tareas necesita autoeficacia, lo que significa mayor confianza en sí mismo para realizar positivamente esas tareas. Todo esto puede implicar la creación de mecanismos pertinentes que permitan la realización de actividades diversas que constituyen parte de su vida cotidiana, en el plano doméstico, laboral, social, profesional, recreacional u otras (lo que implica tener proyectos en su vida y un plan de autocuidados de su salud); manejar en forma adecuada las emociones, generalmente relacionadas con las consecuencias de su rol como cuidador/cuidadora, tales como: la incertidumbre, el miedo, la depresión, la ira, el estrés; y el manejo de procedimientos propios para cuidar a su familiar (dentro de ellos, los más básicos de higiene, movilización y alimentación); un adecuado estilo de vida y un uso de redes sociales de soporte. Por lo que hemos identificado las siguientes características de un adecuado automanejo en un cuidador familiar (véase la Tabla 1.2).

Tabla 1.2. *Característica del automanejo en un Cuidador Familiar*

1. Tener un plan de vida (metas, proyecto de vida personal), así como un plan de autocuidado personal.

Cuando un miembro de la familia enferma se genera, tanto en ella como en quien asume el rol del cuidado, sentimientos de incertidumbre pues son muchas las interrogantes sin respuesta que surgen respecto al diagnóstico, de las consecuencias del tratamiento o incluso del propio temor a la muerte. Ante ello, es indispensable que el cuidador familiar tenga las habilidades necesarias para reducir esos sentimientos, tomar decisiones, asignar valores definitivos a objetos y eventos que le permitan predecir consecuencias positivas a partir de la información, conocimiento y la autoconfianza necesaria para lograrlo. Así mismo, en muchos casos se asume este rol de cuidar sin haber sido planeado en nuestras vidas, por lo que es muy importante retomar nuestra rienda en nuestras vidas con proyectos personales y con planes de cuidado de nosotros mismos.

2. Confianza y capacidad de acceder y usar una red social de soporte: familia, amigos, instituciones sociales de apoyo social, servicios de salud.

Diversos estudios han demostrado que existe relación positiva entre el apoyo social y el automanejo, tanto en cuidadores como en personas con enfermedades crónicas. Por lo tanto, la capacidad de los cuidados de acceder y usar una red social es indispensable. Las redes de apoyo pueden acercar recursos tanto materiales como de contención para el manejo de la enfermedad y apoyo en el mismo.

3. Manejo del impacto de su condición de cuidador/ra en los aspectos físicos emocionales y sociales:

-Físicos: Dolor por incorrectos movimientos físicos, dificultades para dormir, no comer a la hora o inconvenientes en el horario, alimentación no saludable.

-Emocionales: Depresión, frustración, irritabilidad, despersonalización, dejar de tener su propio proyecto de vida.

-Sociales: Aislamiento, abandonar su red social a la que estaba acostumbrada la persona, no contar con un propio espacio para él o ella misma, el reconocimiento del efecto que el rol de cuidar implica en su vida y el manejo asertivo que pueda darle se relaciona con la calidad de vida y la calidad de cuidado otorgado. La sobrecarga de cuidar y sus efectos negativos son tal vez de los aspectos más documentados respecto a los cuidadores. Es por esta razón que es importante ver el fenómeno del cuidado familiar en forma integral, como una diada.

4. Disponer de adecuado estilo de vida para evitar implementar comportamientos que no promuevan la salud. (Actividad física programada, adecuada alimentación, horario de sueño, evitar hábitos nocivos)

Mejorar la condición y estilo de vida de los cuidadores no sólo mejora su condición sino también reduce los riesgos asociados a la fatiga de cuidar como la ansiedad, depresión y el maltrato hacia la persona cuidada.

5. Conocimiento y destrezas sobre la condición y el cuidado de la persona que cuida:

- Conocer la condición de la persona que cuida, sobre todo los cambios que se presentaran en su condición crónica.

- Conocer aspectos del cuidado: procedimentales (tratamiento médico, higiene, alimentación, movilización), emocionales (cambio de comportamientos, situaciones difíciles, depresión).

- Muchos de los efectos negativos se relacionan a su vez con la inadecuada capacitación para los aspectos básicos del cuidar como manejo de la mecánica corporal, técnicas de asistencia higiénica y manejo de las situaciones de crisis en el cuidado.

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, lograr un cambio conductual no es fácil. Los programas ya existentes que promueven el automanejo y que han demostrado resultados muy alentadores en lograr este comportamiento y, por ende, mejorar su condición de salud, han utilizado la teoría social cognitiva como estrategia para lograr este cambio de comportamiento (Lorig et al., 2010; Stamenova et al., 2020; Shen, van der Kleij y van der Boog, 2020; Eslami, Khoshrounejad y Golmakani, 2021).

Igualmente, en este programa se incorporan los conceptos de esta teoría en el desarrollo del programa. Así, se sustenta el programa en un aprendizaje basado en la observación, en el desarrollo de habilidades más que en brindar sólo información, perfeccionando estrategias que permitan incrementar su autoeficacia en su propio autocuidado, monitoreando sus resultados en este autocuidado, fomentando habilidades y destrezas de procedimientos en el cuidado aprendidos a través de la observación.

Así mismo, se considerará muy importante promover los esquemas de pensamiento del participante por medio de diversas técnicas cognitivas, identificar los propios patrones del pensamiento y el predominio de estos sobre sus vidas, generando alternativas cognitivas más adaptativas y funcionales para cada participante. De esta manera se espera modificar creencias, actitudes y puntos de vista, todo ello con el objetivo de hacer que los participantes puedan interpretar las cosas de manera diferente, por un lado, y se planteen diferentes objetivos y expectativas, por el otro. Se propicia que sea la propia persona la que se involucre durante todo el programa, alentando que sean los participantes quienes tomen la decisión de que desean cambiar, en este programa no se dice qué hacer y no se emiten juicios sobre su comportamiento, por el contrario, se le permite al cuidador desarrollar sus propias habilidades y estrategias cognitivas que le permitan a él mismo construir sus alternativas de solución.

Otro aspecto importante para considerar en este programa es el desarrollar habilidades para tener una comunicación asertiva y efectiva con su familia —con su red social— que le permita, por ejemplo, pedir ayuda a su familia cuando la necesita, como comunicarse mejor con su familiar que cuida, etc. Se considera muy importante que los participantes exploren su entorno identificando su red social de apoyo en su rol como cuidadores.

Como consecuencia a lo anterior, describimos la estructura del programa en la Figura 1.4:

Figura 1.4. Esquema de la estructura del programa



Fuente: Elaboración propia.

Este programa tiene incorporadas tres herramientas básicas a considerar durante todo su desarrollo:

- el uso de técnicas cognitivas,
- la comunicación efectiva y
- el proyecto de vida y planes de autocuidado semanales.

Estas tres herramientas se incorporan en las sesiones del programa, las cuales están distribuidas en 4 módulos: procedimientos para cuidar, manejo de comportamiento difícil, redes sociales y estilos de vida saludable.

El presente programa está dirigido a profesionales previamente certificados para formar cuidadores familiares, para que les permita implementar el Programa “Trabajando juntos en colaboración” en un grupo de cuidadores familiares, tal como se describe en el presente libro, garantizando así la estandarización en su implementación a fin de garantizar conseguir los resultados esperados para los que fue diseñado este programa.

Referencias

- Adams, K., Greiner, A. C., & Corrigan, J. M. (Eds) (2004). *Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit-A focus on communities*. Institute of Medicine of the National Academies.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469-2475.
- Bonal Ruiz, R., y Cascaret Soto, X. (2009). ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación. *MEDISAN*, 13(1). <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n1/san18109.pdf>
- Corbin, J. M. (1998). The Corbin and Strauss Chronic Illness Trajectory Model: An Update. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 12(1), 33-41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+Corbin+and+Strauss+Chronic+Illness+Trajectory+model%3A+an+update>
- Eslami, S., Khoshrounejad, F., Golmakani, R., Taherzadeh, Z., Mostafavi, S. M., & Ganjali, R. (2021). Effectiveness of IT-based interventions on self-management in adult kidney transplant recipients: A systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2(2). <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01360-2>
- Griffiths, W. (1972). Health Education Definitions, Problems, and Philosophies. *Health Education Monographs*, 1(31), 12-14. <https://doi.org/10.1177/109019817200103103>
- Gochman, D. S. (1997). Health Behavior Research. Definition and Diversity. En *Handbook of Health Behavior Research*, vol. 1. *Personal and Social Determinants* (pp. 3-20). Nueva York: Plenum Press.
- Hackett, J., Godfrey, M., & Bennett, M. I. (2016). Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study. *Palliative Medicine*, 30(8), 711-719. <https://doi.org/10.1177/0269216316628407>
- Harvey, P. W., Petkov, J. N., Misan, G., Fuller, J., Battersby, M. W., Cayetano, Warren, K. & Holmes, P. (2008). Self-management support and training for patients with chronic and complex conditions improves

- health-related behavior and health outcomes. *Australian Health Review*, 32(2), 330- 338. <https://doi.org/10.1071/AH080330>
- Jütten, L. H., Mark, R. E., Wicherts, J. M. & Sitskoorn, M. M. (2018). The Effectiveness of Psychosocial and Behavioral Interventions for Informal Dementia Caregivers: MetaAnalyses and Meta-Regressions. *Journal of Alzheimers Disease*, 66(1), 149-172. <https://doi.org/10.3233/JAD-180508>
- Kay Bartholomew, L., Parcel G. S., Kok, G. & Gottlieb, N. H. (2001). Theories in Health Education and Promotion (pp. 74-129). En *Intervention Mapping. Designing Theory and Evidence-Based Health Promotion Programs*. McGraw-Hill.
- Kendall, M., Carduff, E., Lloyd, A., Kimbell, B., Cavers, D., Buckingham, S., Boyd, K., Grant, L., Worth, A., Pinnock, H., Sheikh, A. & Murray, S. A. (2015). Different experiences and goals in different advanced diseases: Comparing serial interviews with patients with cancer, organ failure, or frailty and their family and professional carers. *Journal of Pain Symptom Management*, 50(2), 216-224. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.017>
- Lorig, K., Ritter, P. L., Laurent, D. D., Plant, K., Green, M., Jernigan, V. B. B. & Case, S. (2010). Online diabetes self-management program: A randomized study. *Diabetes Care*, 33(6), 1275-1281. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2875437/pdf/zdc1275.pdf>
- McGowan, P. (2005). Self-management: A background paper. New perspectives: International Conference on Patient Self-Management. <https://www.selfmanagementbc.ca/uploads/Support%20for%20Health%20Professionals/Self-Management%20support%20a%20background%20paper%202005.pdf>
- Peñarrieta, M. I., León, R., Gutiérrez, T., Mier, N., Banda, O. & Delabra, M. (2017). Effectiveness of a chronic disease self-management program in Mexico: A randomized controlled study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(7), 87-94. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n7p87>
- Shen, H., van der Kleij, R., van der Boog, P. J. M., Song, X., Wang, W., Zhang, T., Li, Z. Lou, X. & Chavannes, N. (2020). Development and evaluation of an eHealth self-management intervention for patients

- with chronic kidney disease in China: protocol for a mixed-method hybrid type 2 trial. *BMC Nephrology*, 21(495), <https://doi.org/10.1186/s12882-020-02160-6>
- Spatuzzi, R., Giuliatti, M. V., Ricciuti, M., Merico, F., Meloni, C., Fabbietti, P., Ottaviani, M., Violani, C., Cormio, C. & Vespa, A. (2017). Quality of life and burden in family caregivers of patients with advanced cancer in active treatment settings and hospice care: A comparative study. *Death Studies*, 41(5), 276-283. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1273277>
- Stamenova, V., Liang, K., Yang, R., Engel, K., van Lieshout, F., Lalingo, E., Cheung, A., Erwood, A., Radina, M., Greenwald, A., Agarwal, P., Sidhu, A., Bhatia, R. S., Shaw, J., Shafai, R. & Bhattacharyya, O. (2020). Technology-Enabled Self-Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease with or without Asynchronous Remote Monitoring: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e18598. doi: 10.2196/18598
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy Environment Toward a Social ecology of Health Promotion. *American Psychologist*, 47(1), 6-22. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.1.6>
- Vandepitte, S., van den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Faes, K., & Annemans, L. (2016). Effectiveness of supporting informal caregivers of people with dementia: A systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *Journal Alzheimer's Disease*, 52(3), 929-965. <https://doi.org/10.3233/JAD-151011>
- Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Leighl, N., Rydall, A., Rodin, G., Tannock, I. & Breffni, H. (2016). Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 188(10): E217-E227. <https://doi.org/10.1503/cmaj.151171>

Capítulo 2. Una introducción de la teoría social cognitiva en un programa para cuidadores familiares

RODRIGO CÉSAR LEÓN HERNÁNDEZ¹
MARÍA ELENA VELÁSQUEZ SALINAS²

Resumen

Este capítulo tiene como propósito articular la teoría social cognitiva como uno de los sustentos principales del programa de cuidadores familiares “Trabajando juntos en colaboración”. En primera instancia se contextualiza la teoría social cognitiva como parte de las terapias cognitivo conductuales. Se describe su origen en la fusión de dos enfoques de la psicología (conductual y cognitivo) y sus elementos: estímulo, cognición, emoción y comportamiento. Luego se identifican algunos elementos de la teoría tales como: el aprendizaje por observación y/o vicario, la triada de causalidad (persona, conducta y entorno), el modelado y sus componentes (atención, retención, motivación y reproducción) y la autoeficacia. Posteriormente, se utiliza la técnica del ABC de la terapia racional emotiva para poder llevar a la práctica el conocimiento adquirido y finalmente se describen dos técnicas cognitivas: solución de problemas y de negativo a positivo, así como su utilidad en el programa.

Palabras clave: teoría social cognitiva, conducta, cognición, aprendizaje vicario, autorregulación.

¹ Doctor en Psicología de la Salud. Facultad de Enfermería de Tampusco, Universidad Autónoma de Tamaulipas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5780-4382>

² Maestría en Docencia e Investigación en Estomatología. Ministerio de Salud – Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro – Adulto Mayor – Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1365-2561>

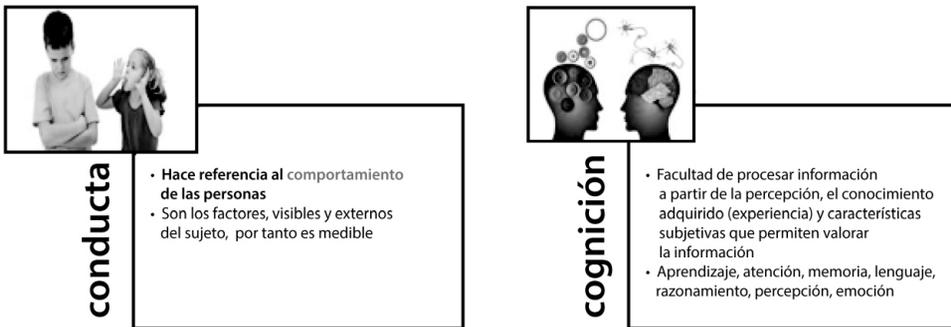
2.1. Enfoque cognitivo conductual y teoría social cognitiva

En esta sección nos centraremos en describir la teoría social cognitiva como parte de las terapias cognitivo conductuales. Iniciaremos contextualizando el enfoque cognitivo conductual, luego continuaremos con su definición, la aplicación en el programa y las técnicas a utilizar para promover el automanejo en el cuidador familiar.

Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual se define como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que está fundamentada en procedimientos validados empíricamente (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Dicho enfoque está compuesto por dos grandes escuelas: las terapias de la conducta y las terapias cognitivas (véase la Figura 2.1).

Figura 2.1. *Enfoque cognitivo conductual*



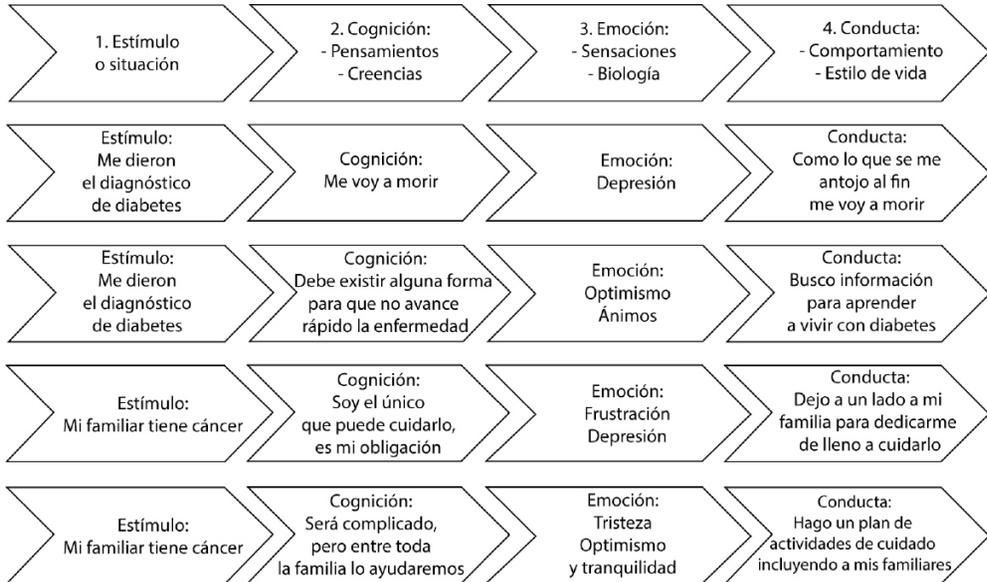
Fuente: Elaboración propia.

En resumen, el proceso de la terapia cognitivo conductual se integra por cuatro elementos:

1. el estímulo, que genera una
2. cognición y en muchas ocasiones una

3. emoción, que finalmente se manifiesta en un
4. comportamiento (véase la Figura 2.2).

Figura 2.2. Elementos de la terapia cognitivo conductual y ejemplos



Fuente: Elaboración propia.

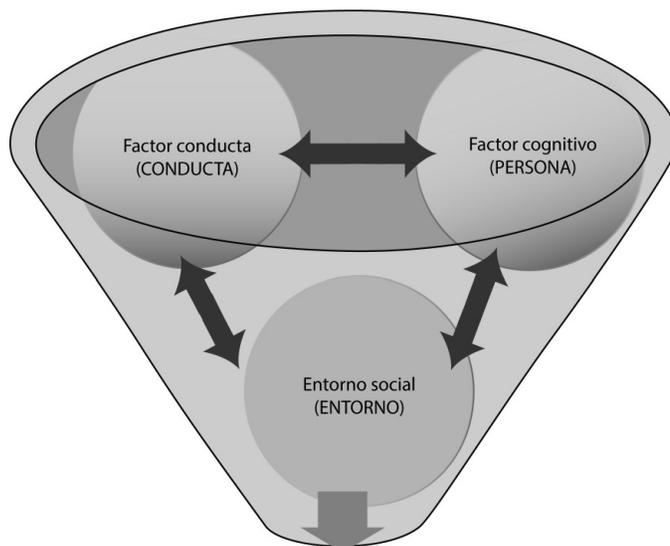
Teoría social cognitiva

La teoría social cognitiva desarrollada por Bandura (1986) se ubica en la segunda generación de las terapias cognitivo conductuales. Dicha teoría se caracteriza por la importancia que se otorga a la influencia social y a la capacidad de autoregulación de cada individuo. La aportación fundamental de esta teoría fue considerar el aprendizaje por observación (imitación) como una forma de superar las limitaciones en la adquisición del comportamiento (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Otro de los elementos de mayor relevancia de la teoría social cognitiva considera que el entorno social, el factor cognitivo y el factor conductual son elementos que se interrelacionan entre sí de forma triádica; donde el facilitador es un mediador del aprendizaje y modelo inspirador para el lo-

gro de metas establecidas (véase la Figura 2.3). Los conceptos básicos de esta teoría son principalmente la autoeficacia, el aprendizaje vicario (por observación) y la autorregulación (Bandura, 2012; Olivari y Urra, 2007; Zimmerman, 2013; Jara, Olivera y Yerrén, 2018).

Figura 2.3. *Triada de causalidad*



Fuente: Elaboración de María Guadalupe Díaz Rentería y Rodrigo León Hernández.

Aprendizaje vicario

El aprendizaje vicario se centra en que el individuo aprende a través de la observación, imitación, admiración y modelamiento de acontecimientos, vivencias, y de lo que hace otro u otros individuos en su entorno, y desarrolla un pensamiento reflexivo, donde establece las metas a lograr y las estrategias a emplear; permite una rápida adquisición de patrones de conducta y habilidades complejas (Bandura, 2012; Olivari y Urra, 2007; Zimmerman, 2013; Jara, Olivera y Yerrén, 2018) (véase la Figura 2.3).

Un ejemplo del aprendizaje vicario es el juego de la comidita. Comúnmente este juego se aprende observando lo que hace la mamá cuando prepara las comidas. Durante el juego las niñas imitan a su modelo, es decir, juegan a preparar los alimentos y en ocasiones a dar de comer a los inte-

grantes del juego. Lo curioso es que para este juego no existen reglas o un manual, se aprende a jugar mediante el aprendizaje vicario o por observación.

Modelado

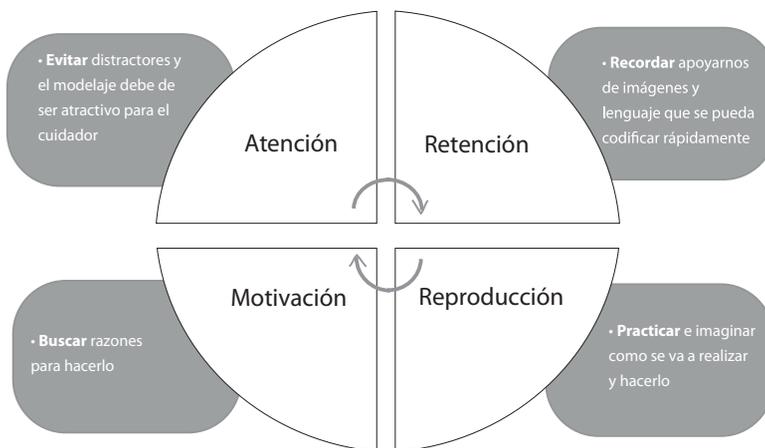
Bandura considero el modelado como uno de los principales elementos del aprendizaje por observación. Señaló que el comportamiento no se desarrolla únicamente a través del condicionamiento, sino también a través de lo que un individuo aprende indirectamente (vicariamente) mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones que dan origen a respuestas nuevas.

Estas nuevas respuestas permitieron identificar cuatro componentes en el proceso de modelado, elemento que es una herramienta fundamental en el programa “Trabajando juntos en colaboración”.

Componentes del modelado:

Atención: El aprendizaje parte de la atención de quien aprende, por lo que es importante que se eviten los distractores y que el sujeto esté atento al modelaje del facilitador.

FIGURA 2.4. Componentes del modelado



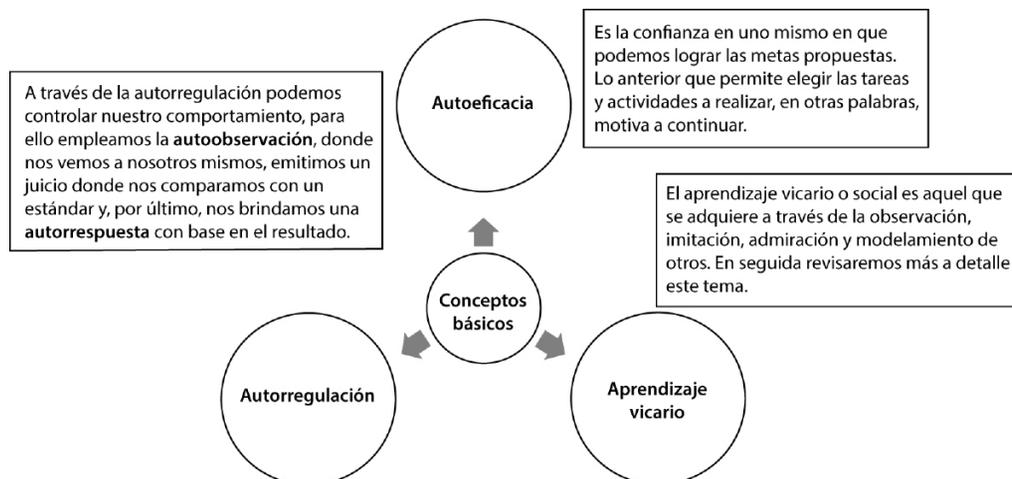
Fuente: Elaboración de María Guadalupe Díaz Rentería y Rodrigo León Hernández.

Retención: Para poder imitar hay que retener la información, por lo que el facilitador debe de utilizar un lenguaje sencillo acorde a la población y emplear recursos didácticos como imágenes, carteles, videos cortos no mayores a 5 minutos, etcétera.

Reproducción: Es poner en acción lo aprendido, de ahí que es importante que se practique lo que se va a realizar.

Motivación: Para lograr el aprendizaje debe existir interés por el conocimiento que se va a adquirir y se debe dar cumplimiento de las expectativas del cuidador para que se estimule a continuar.

FIGURA 2.5. *Conceptos básicos de la teoría social cognitiva*



Fuente: Elaboración de María Guadalupe Díaz Rentería y Rodrigo León Hernández.

2.2. Aplicación de la teoría social cognitiva en la formación del programa del cuidador

Técnicas cognitivas

Se fundamentan en la consideración de que, ante cualquier situación, las personas no respondemos automáticamente, sino con base en creencias o supuestos contenidos en esquemas cognitivos que nos permiten organizar la realidad. Véase la Tabla 2.1.

Tabla 2.1. *ABC de la terapia racional emotiva*

A <i>Acontecimientos o situaciones</i>	B <i>Creencias o pensamientos</i>	C <i>Consecuencias o comportamientos</i>
	<p>Creencia 1 No podré pagar los alimentos para mi familia. No podré pagar los servicios como la luz y el agua.</p>	<p>Consecuencia 1 Emoción: estrés y ansiedad. Conducta: estoy dando vueltas en la cama, pues no puedo dormir pensando en qué voy a hacer.</p>
Ayer perdí mi trabajo	<p>Creencia 2 La realidad es que ya no me sentía tan bien con el trabajo, era mucha sobrecarga.</p>	<p>Consecuencia 2 Emoción: relajado y tranquilo. Conducta: aprovecho y paso la tarde en familia paseando en un parque.</p>
	<p>Creencia 3 Tendré que levantarme muchas veces en la noche a llevarlo al baño, con lo cansado que estoy.</p>	<p>Consecuencia 3 Emoción: intranquilo y presionado. Conducta: empiezo a buscar trabajo.</p>
Mi familiar enfermo ya no puede ir al baño solo porque corre el riesgo de caerse	<p>Creencia 1 Tendré que levantarme muchas veces en la noche a llevarlo al baño, con lo cansado que estoy.</p> <p>Creencia 2 Voy a hacer un plan para que no tome muchos líquidos antes de que se vaya a dormir, así no tendrá que ir tantas veces al baño.</p>	<p>Consecuencia 1 Emoción: llevo a mi familiar al baño de mala gana y le hablo mal.</p> <p>Consecuencia 2 Escribo una nota en la cocina para recordarme a mí y a mi familia que después de las 6 pm no deben darle más que un vaso de líquido a nuestro familiar enfermo.</p>

Fuente: Elaboración propia.

2.3. Descripción de dos técnicas cognitivas

Técnica cognitiva solución de problemas

La solución de problemas es un proceso de aprendizaje cognitivo que permite adquirir competencias para enfrentar problemas de la vida diaria, y se manifiesta en los sujetos interactuantes cuando participan en interacciones sociales (Jara, Olivera y Yerrén, 2018; Montealegre, 2011).

Para la solución de problemas desde el enfoque de la teoría social cognitiva, es necesaria la existencia de diferentes opiniones y la cooperación de los involucrados para la realización de las tareas o para la solución de los conflictos, que permita eliminar la tensión y de esta manera se dé la posibilidad de salir del conflicto. Véase la Tabla 2.2.

Tabla 2.2. *Pasos para la solución de problemas*

1. Identifique el problema	(Éste es el primer paso que puede ser el más difícil y el más importante. Practique en caso de tener dudas para identificar claramente el problema.)
2. Ideas para solucionarlo	Haga una lista de ideas para solucionarlo.
3. Seleccione una idea y póngala en práctica	Puede utilizar las siguientes preguntas para identificar la idea más adecuada: ¿La idea es práctica y se puede llevar a cabo?, ¿es realista?, ¿o es muy costosa?, ¿cuánto tiempo requiere?, ¿la idea seleccionada la puedo poner en práctica yo solo o requiere ayuda de otras personas?
4. Evalúe sus resultados	¿Se solucionó el problema? Sí o No.
5. Practique otra idea	En caso de que el problema no esté solucionado el siguiente paso consiste en seleccionar y poner en práctica otra de las ideas del paso 3.
6. Pida ayuda	En caso de que sus ideas no funcionen solicite ayuda a sus compañeros del taller, familiares, amigos o profesionales de la salud.
7. Acepte que el problema no tiene solución	Pero continúe buscando una solución.

Fuente: Elaboración de María Guadalupe Díaz Rentería.

El uso de esta técnica en la formación de los cuidadores familiares permite formar y desarrollar la función psicológica superior de solución de problemas; el facilitador identifica el contexto y entorno del cuidador, sus intereses y motivaciones, así como los conocimientos previos; antes de plantear una situación-problema el facilitador debe establecer las reglas de la actividad, así como el tiempo para su desarrollo; formular preguntas detonantes, promover el diálogo y auspiciar la expresión de opiniones y organizar la actividad.

Técnica cognitiva: de negativo a positivo

Otero et al. (2017) refieren que los pensamientos negativos están relacionados con la depresión de los cuidadores; a su vez, García menciona que las personas con este tipo de pensamientos disminuyen su concentración y se muestran tensos e irritables, se paralizan y les invade el pánico, se tornan antipáticos y son incapaces de controlarse (García, 2016; Fredrickson, 2001). Estas características definitorias nos permiten inferir los posibles diagnósticos de enfermería de desempeño inefectivo del rol, afrontamiento inefectivo y riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal.

Los pensamientos positivos ensanchan y cimientan los repertorios psicológicos, sociales y conductuales al proporcionar satisfacción y bienestar, lo que nos permite vivir el aquí y el ahora; de acuerdo con Peterson, el optimismo puede ser una característica psicológica altamente beneficiosa vinculada al buen humor, la perseverancia, los logros y la salud física (Fredrickson, 2001; Otero et al., 2017).

Tabla 2.3. *Pensamientos negativos y positivos*

<p>Negativos: Los pensamientos negativos son automáticos e invaden nuestra mente de forma espontánea, surgen de nuestras creencias y sentimientos.</p>	<p>Soy un inútil Soy mala persona Nadie me quiere Sólo yo cuido bien a mi mamá</p>
<p>PENSAMIENTOS</p>	<p>Cada día estoy intentado serme mejor persona Yo soy una persona capaz de hacer todo lo que se propone Soy muy trabajadora Soy amable y agradable Yo ayudo siempre a los demás</p>
<p>Negativos: Los pensamientos positivos se promueven mediante el adoctrinamiento por medio de frases positivas u optimistas que nos hacen ser más felices y facilitan el logro de nuestras metas</p>	

Fuente: Elaboración de María Guadalupe Díaz Rentería.

Referencias:

- Bandura, A., (2012). On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy. *Journal of Management*, 38(1), 9-44. <https://doi.org/10.1177/0149206311410606>
- Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122271/>
- García, C. (2016). Emociones positivas, pensamiento positivo y satisfacción con la vida. *Revista International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 17-22. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851777002>
- Herrera Sánchez, S. del C., Espinosa Carrasco, M. E., Saucedo Fernández, M., y Díaz Perera, J. J. (2018). Solución de problemas como proceso de aprendizaje cognitivo. *Revista Boletín Redipe*, 7(4), 107-117. <https://www.revista.redipe.org/index.php/1/article/view/487>
- Jara Chalán, M. J., Olivera Orihuela, M. V., y Yerrén Huiman, E. J. (2018). Teoría de la personalidad según Albert Bandura. *Revista "JANG"*, 7(2), 22-35. <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/jang/article/view/1510>
- Montealegre, R. (2011). La solución de problemas cognitivos en estudiantes de psicología. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(1), 119-138. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/362>
- Olivari, Medina, C., Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002&lng=es
- Otero, P., Vázquez, F. L, Blanco, V., y Torres, A. (2017). Propiedades psicométricas del "Cuestionario de pensamientos automáticos" (ATQ) en cuidadores familiares. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25, 387-403. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/08.Otero_25-2r.pdf
- Zimmerman, B. J. (2013). From Cognitive Modeling to Self-Regulation: A Social Cognitive Career Path, *Educational Psychologist*, 48(3), 135-147. <https://doi.org/10.1080/00461520.2013.794676>

Capítulo 3. Reflexiones sobre el significado de la comunicación asertiva / empática / activa en los profesionales de la salud

TRANQUILINA GUTIÉRREZ GÓMEZ¹
FRANCISCA VELÁSQUEZ DOMÍNGUEZ²

Resumen

En este capítulo se describen las diferencias entre comunicación asertiva, agresiva y pasiva, señalando la importancia de una comunicación asertiva en la vida. Se describen dos conceptos relacionados con la comunicación asertiva: la escucha activa y la empatía, y también algunas barreras que puedan presentarse durante la comunicación y cómo abordarlas. Así mismo, se mencionan las técnicas de comunicación asertiva más utilizadas para un cuidador familiar: el parafraseo, decir NO y pedir ayuda.

Palabras clave: asertividad, empatía, agresión, comunicación, conducta, escucha activa.

Vivimos con demasiadas dificultades para conectar con los demás, sea la pareja, los hijos, las amistades, los usuarios, los compañeros de trabajo... La comunicación es una habilidad clave para conectar con el otro, pero a su vez es la que más descuidamos.

La Real Academia de la Lengua define la palabra *asertivo* como una persona que expresa su opinión de manera firme (Manrique, 2013).

La asertividad, entonces, puede verse como una conducta que parte del autoconocimiento, no sólo para saber qué deseamos, sino también

¹ Doctorado en Enfermería en Cultura de los Cuidados. Universidad Autónoma de Tamaulipas – Facultad de Enfermería Tampico. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5522-4237>

² Doctorado en Educación. Universidad Veracruzana – Facultad de Enfermería – Región Veracruz. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6128-6255>

cómo nos comportamos frente a ciertas situaciones; es una habilidad que se aprende día a día, en la medida en que se es consciente de que el éxito de las relaciones entre las personas depende de poder entendernos y que la asertividad es el engranaje para que la comunicación fluya de manera positiva entre los seres humanos (Lizancos y Molina, 2018).

En la Tabla 3.1 podemos describir las diferencias entre una conducta asertiva, agresiva y pasiva.

Tabla 3.1. *Comunicación: Conducta*

<i>Asertiva</i>	<i>Agresiva</i>	<i>Pasiva</i>
"Tú tienes derecho, yo tengo derecho"	"Yo tengo derecho, tú..."	"Tú tienes..."
Directa, firme: "¡Cómo crees que podríamos...!"	Impone, interrumpe: "Deberías hacer..."	Vacilante, cortada: "No te molestes..."
Mirada directa y franca. Gesto firme Postura relajada Voz sin vacilación	Mirada fija Gestos amenazantes Postura hacia adelante Volumen de voz elevada	Rehúye la mirada Movimientos nerviosos Postura recogida Volumen bajo
Relaciones positivas Resuelve problemas	Viola derechos Crea tensión	No consigue los objetivos Pierde oportunidades Tiene conflictos personales

Fuente: <https://usbmed.edu.co/noticias/ampliacion-informativa/artmid/1732/articleid/4674/comunicación-asertiva-y-empatia>

¿Dónde se ubica cada uno de ustedes?

La comunicación asertiva es, pues, la capacidad de expresarse de manera consciente verbal y para verbalmente en forma apropiada a la cultura y a las situaciones, mediante la cual se expresan ideas, deseos, opiniones, sentimientos o derechos de forma clara, equilibrada, honesta y respetuosa que ayudan a alcanzar objetivos (Vander, Quiles y Quiles, 2006; Manrique, 1983).

En resumen, una persona asertiva, se caracteriza porque:

Hay dos conceptos importantes a considerar en una comunicación asertiva: la empatía y la escucha activa.

Manifiesta su opinión ante un tema.
Expresa comprensión ante la opinión de los otros.
Pregunta cuando algo no lo tiene claro.
Expresa gratitud, afecto, admiración.
Expresa insatisfacción, dolor, desconcierto.
Sabe pedir cuando es necesario.

La empatía es una competencia que podemos desarrollar a través de la práctica, y consiste en no hacer juicios sobre la manera de pensar de los demás, ponerse en los zapatos del otro, entendiendo el mundo en el que vive.

Tener esta capacidad de comunicación empática nos permitirá no sólo brindar una ayuda más afectiva, sino además mejorar nuestras relaciones en el trabajo y en nuestra vida personal.

La comunicación empática tiene dos elementos importantes: la comprensión y la escucha activa.

Comprensión activa: Al comunicarnos con otra persona, hay dos vías a través de las cuales podemos entender lo que está diciendo.

- La primera es *la comprensión intelectual*, o sea, entender los hechos, centrarnos en los acontecimientos que sucedieron.
- La segunda es *la comprensión empática*. Aquí nos enfocamos en cómo nuestro interlocutor está hablando. O sea, prestamos atención en cómo lo dice, en el estado emocional de la persona.

La comunicación empática que conduce a este tipo de comprensión se basa en tres elementos principales:

1. *Transparencia:* Esto es no mostrar emociones que no son ciertas, si estamos en desacuerdo hacerlo sentir, pero no fingir lo contrario.
2. *Autocontrol:* Muchas veces queremos dar consejos inmediatos, o ponernos de ejemplo, esto con frecuencia bloquea la comunicación.
3. *Aceptación incondicional:* Esto es lo que mencionamos anteriormente: No hacer juicios del comportamiento, debemos centrarnos en lo que sienten sin juzgarlos.

Ahora veremos la escucha activa para una comunicación empática.

En una comunicación empática nos interesa lograr un ambiente de confianza, de tal manera que la persona se abra con nosotros, para ello debemos aprender a escuchar, esto no es no decir nada y dejar que el otro hable sin interrumpir, más bien es demostrar una comprensión de lo que el otro está diciendo.

Veamos las principales barreras de una escucha activa:

- Distraerse mientras el otro está hablando.
- Entender que realizar una escucha activa demanda mucho esfuerzo de nuestra parte, que muchas veces nos desgasta y cansa y esto puede disminuir nuestra atención.
- Estar con estrés, cansancio, estar preocupados, también pueden ser barreras para una escucha activa.
- Prestar atención a lo que nos interesa y dejar de lado lo demás del mensaje.
- Otra barrera podría ser dar nuestra propia interpretación de lo que se nos está diciendo, esto es, interpretar lo que se nos dice según nuestra manera de ver las cosas.
- No controlar nuestras emociones, esto es muy frecuente cuando lo que escuchamos no es lo que quisiéramos escuchar.
- El tener un pensamiento egocéntrico, esto es, pensar la mayor parte del tiempo en nosotros mismos.
- Nuestra memoria podría ser una barrera, pues frecuentemente olvidamos fragmentos del mensaje, en este caso, al finalizarlo sólo podríamos retener la mitad de éste.
- El entorno físico, como los ruidos, la presencia de otras personas extrañas, el espacio reducido, la inadecuada iluminación.

Por eso es importante identificar estas barreras y superarlas, por ejemplo, podríamos:

- Evitar la presencia de ruidos y procurar que la iluminación sea suficiente.
- Apartar de la mente las preocupaciones, los prejuicios, los estereo-

tipos, las suposiciones preconcebidas y las emociones negativas.

- Incrementar la capacidad para prestar atención.

La comunicación asertiva, empática y escucha activa son precisamente uno de los componentes en los que se sustenta el presente programa que será sobre el cual se fundamenta la estrategia del presente programa.

Existen varias técnicas de comunicación asertiva, vamos a conocer y ejemplificar tres de las más comunes: la técnica de parafraseo, la técnica de pedir ayuda y la técnica de decir NO. Estas técnicas las veremos en la guía para formar cuidadores familiares, que es lo que transmitiremos a nuestros participantes del programa.

Referencias

- Caballo Manrique, V. E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Studies in Psychology/Estudios en Psicología*, (13), 52-62. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=65876>
- Corrales Pérez, A., Quijano León, N. K., y Góngora Coronado, E. A. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 58-65. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29251161005>
- Fernández, S. (2016). La comunicación terapéutica: acompañando a la persona en el camino de la enfermedad. *Panace@*, 17(44), 111-114. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n44_tribuna-SFernandezPeris.pdf
- Hofstadt Román, C. van-der, Quiles Marcos, Y., y Quiles Sebastián, M. J. (2006). *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería*. Consellería de Sanidad. <https://www.aesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf>
- Megías-Lizancos, F., y Castro-Molina, F. J. (2018). Competencia personal y social. Las habilidades sociales. *Metas de Enfermería*, 21(4), 68-71. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.21.1003081236>
- Rivadeneira, E., y Salazar, A. (2016). *Comunicación terapéutica de enfer-*

mería en el cuidado de pacientes sometidos a cateterismo cardíaco del Hospital Almanzor Aguinaga 2015 [Tesis]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Capítulo 4. Estilos de vida saludable: Alimentación saludable y actividad física

MARÍA GUADALUPE DÍAZ RENTERÍA¹

CARINA FLORES BARRIOS²

Resumen

En este capítulo se describe el concepto de estilo de vida aplicado en este programa: son hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades de una persona o de un grupo de personas que, al ser un proceso de aprendizaje durante la vida de las personas por diferentes mecanismos como la imitación, la asimilación, etc., son susceptibles de ser modificados. Considerando que el estilo de vida se va conformando a lo largo de la historia de vida, en este programa se propone lograr nuevos hábitos o reforzar buenos hábitos no sólo a través de la información, sino con el uso de técnicas cognitivas-conductuales. Asimismo, se identifican los dos aspectos más importantes a modificar en el estilo de vida de un cuidador / cuidadora relacionados con los resultados obtenidos en diversas investigaciones en cuidadores familiares, esto es, la actividad física y la alimentación saludable.

Palabras clave: hábitos, estilo de vida, actividad física, alimentación saludable.

Iniciaremos con un breve repaso del concepto de estilo de vida y por qué la importancia de incluirlo en un programa que promueve el automanejo en un cuidador familiar.

De las diversas definiciones existentes podríamos identificar los puntos comunes como:

¹ Doctorado en Gerencia y Política Educativa. Universidad de Guadalajara – Centro Universitario de los Altos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6508-0510>

² Doctorado en Desarrollo Educativo. Universidad Autónoma de Tamaulipas – Facultad de Enfermería Tampico. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2508-176X>

- Las formas en las que viven sus vidas los individuos (Zaman, Hankir & Jemni, 2019), pautas de comportamiento, que cuando son habituales pueden entenderse como hábitos, pudiendo entonces establecer la relación entre el estilo de vivir con aspectos de salud (Rodríguez-Marin, 1995).

El estilo de vida se puede considerar como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados (Tavera, 1994).

Este estilo de vida se va conformando a lo largo de la historia de vida, siendo un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación o por imitación de modelos de patrones familiares, o de grupos formales o informales.

¿Cómo se caracteriza el estilo de vida de un cuidador familiar? Diversos estudios describen que los cuidadores familiares se ven obligados a introducir mayores cambios en su estilo de vida, a una mayor limitación social, en la que muchas veces asumir este rol no ha sido planeado.

El trabajo del cuidador es una experiencia de compromiso, de tiempo y de paciencia que demandan habilidades y cualidades que son fundamentales en la realización de las actividades de la vida diaria con el familiar, por tanto, los cuidadores familiares también se pueden ver expuestos a alteraciones en su propio bienestar, debido a que los cambios que ellos mismos han debido efectuar en su propio estilo de vida y por la cantidad de tiempo invertido en el cuidado diario pueden llegar a generar estrés físico y emocional (Angulo, 2016).

Existen evidencias sobre las intervenciones para el cambio de conducta (ICC) que han ido aumentando en los últimos años (Alcántara et al., 2015), las estrategias útiles son las cognitivo-conductuales (Córdoba García et al., 2020), como la que proponemos en este programa con la aplicación de la teoría social cognitiva a nivel grupal. En este caso, proponemos lograr cambios de estilos de vida, ya sea para incrementar, fortalecer o iniciar una actividad física y una alimentación saludable en los cuidadores familiares.

Como se mencionó en la descripción del concepto de estilo de vida, éste es un proceso de aprendizaje donde se relaciona la persona y su medio ambiente, un proceso de aprendizaje en el que hay que considerar, por ejemplo:

- La imitación dentro del grupo.
- El modelaje que pueden jugar los facilitadores.
- Así como dos situaciones frecuentes, que es deseable evitar cuando se hacen sugerencias de estilos de vida saludables, que se desprenden de los principios mencionados anteriormente.

1. La primera es intentar imponer un cambio. Un ejemplo de esta situación podría ser una persona que no desea realizar alguna actividad física y se le dice: “si no haces ejercicio vas a subir mucho de peso, entrarás en la obesidad muy rápido y podrías tener un infarto”. Este abordaje confrontacional y autoritario se debe evitar, ya que no contribuye a respetar la individualidad de la persona y no contribuye a promover un cambio de comportamiento (McNeil, Addicks & Randall, 2017).
2. La segunda tiene que ver con la tendencia a hacer recomendaciones generales sin considerar las condiciones individuales, por ejemplo, es muy frecuente cuando se realizan los programas de ejercicios en grupos de personas y se dan recomendaciones para todos, como hacer 30 minutos de ejercicio diario en las mañanas, ocasionando en muchos participantes problemas para adaptarse a esta recomendación general, pues podría ser que esta persona recién está iniciando a hacer ejercicio o es una persona que realiza más de una hora diaria. Se deben tener presentes y respetar las condiciones de cada persona, es mejor que cada persona adecue la actividad física según su propia decisión y condición (Irish et al., 2015).

En otras palabras, se debe sugerir no dar indicaciones con relación a estos dos aspectos tan importantes de estilo de vida: la actividad física y la alimentación saludable. A cada participante del programa se le debe

sugerir que tenga sus propios planes de actividad física y una alimentación saludable en función a sus propias características individuales y su entorno.

Referencias

- Alcántara, C., Klesges, L. M., Resnicow, K., Stone, A., & Davidson, K. W. (2015). Enhancing the Evidence for Behavioral Counseling: A perspective from the Society of Behavioral Medicine. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(3), S184-S193. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.05.015>
- Angulo, A. (2016). Relación entre la calidad de vida en salud y la carga física en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 6(1), 20-26. https://revistas.uni-libre.edu.co/index.php/rc_salud_ocupa/issue/view/407
- Córdoba García, R., Camarelles Guillem, F., Muñoz Seco, E., Gómez Puente, J. M., San José Arango, J., Ramírez Manent, J. I., Martín Cantera, C., Campo Giménez, M. del, y Revenga Frauca, J. (2018). Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*, 50(Supl. 1), 29-40. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30361-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30361-5)
- Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., Buysse, D. J., & Hall, M. H. (2015). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep Medicine Reviews*, 22, 23-36. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.10.001>
- McNeil, D. W., Addicks, S. H., Randall, C. L. (2017). *Motivational Interviewing and Motivational Interactions for Health Behavior Change and Maintenance*. Oxford University Press. <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199935291.001.0001/oxfordhb-9780199935291-e-21?print=pdf>
- Rodríguez-Marin, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Síntesis.
- Tavera J. (1994). *Estilos de vida, factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles*.
- Zaman, R., Hankir, A., & Jemni, M. (2019). Lifestyle Factors and Mental Health. *Psychiatria Danubina*, 31(3): 217-220.

Capítulo 5. Procedimientos para cuidar: Higiene, alimentación y movilización

VIRGINIA SOLÍS SOLÍS¹

FLORABEL FLORES BARRIOS²

AZELA ANGÉLICA DE LA CRUZ PALOMO³

Resumen

Se hace un breve repaso de los conceptos de tres necesidades básicas que un cuidador / cuidadora debe tener y las habilidades para dar respuesta en los cuidados en casa: alimentación, higiene y movilización. Con respecto a movilización se describe además no sólo la importancia de principios a considerar en la movilización de un familiar en cama, sino también de los principios de la mecánica corporal en el propio cuidador / cuidadora.

Palabras clave: higiene, procedimientos de movilización, alimentación.

Las personas que padecen enfermedades crónicas requieren cuidados específicos, por lo que el cuidador debe de estar capacitado para realizar procedimientos como son la higiene personal, la movilización y la correcta alimentación (Velasco, 2017).

López Gil et al. (2009) recomiendan que aumenten las redes de apoyo y mejorar el plan de apoyo al cuidador con intervenciones multidisciplinarias encaminadas a prestar asistencia a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte, sobre todo para satisfacer estas necesidades básicas en personas dependientes.

¹ Maestría en Gestión Pública. Ministerio de Salud – Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – Etapa del Adulto Mayor – Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3396-620X>

² Maestra en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería de Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0340-3203>

³ Doctorado en Desarrollo Educativo. Universidad Autónoma de Tamaulipas – Facultad de Enfermería Tampico. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0123-2087>

5.1. Procedimiento de higiene

Mantener la higiene personal, en el ámbito doméstico y en el laboral, es indispensable para cuidar la salud individual y colectiva, ya que genera protección frente a enfermedades y aumenta la calidad de vida de los individuos. Para esto es importante incorporar hábitos y rutinas de higiene, como cepillarse los dientes o lavarse el cabello, que deben transmitirse de generación en generación en el entorno familiar y educativo (Etecé, s. f.; UNICEF, 2005).

Todos sabemos la importancia de la higiene personal: es sinónimo de salud, ya que previene enfermedades; el aseo del cuerpo, el baño, la higiene de genitales externos, el lavado de manos, la higiene bucodental y la higiene del vestuario, entre otros, contribuyen a elevar la calidad de vida y el mantenimiento de la salud (Infomed Instituciones, 2020). Realizar estos procedimientos por parte del cuidador es fundamental, y muchas veces ha aprendido a realizarlas a través de su propio autoaprendizaje, en esta sesión debemos describir en detalle los aspectos importantes del proceso de higiene donde el modelaje del facilitador es importante cuando se realiza de manera presencial. En el caso del entrenamiento *online* se hará a través de videos.

5.2. Procedimientos de alimentación

Todos necesitamos alimentos y sus nutrientes para garantizar funciones vitales. La alimentación, la nutrición y el metabolismo son pilares de una vida sana y son la base de la propia existencia (Barreto et al., 2003).

Cuando se trata de comer, todos tenemos hábitos muy arraigados. Algunos son buenos (“siempre tomo mi desayuno”) y otros no tan buenos (“siempre dejo el plato limpio”). Pese a que muchos hábitos de alimentación los adquirimos desde la niñez, no significa que sea demasiado tarde para cambiarlos.

Tener un horario en la alimentación, así como calidad y cantidad son de gran importancia en nuestra salud (Ventura y Mendoza, 2018).

Para mejorar los hábitos de alimentación de manera permanente se necesita un enfoque en el que se debe lograr:

- darse cuenta, identificar cuáles de nuestros hábitos son erróneos, y las condiciones en las que se realizan, como por ejemplo, cuando uno está deprimido puede comer en exceso o viceversa; luego,
- decidir sustituirlos por otros hábitos y
- reforzar este comportamiento hasta que se haga realmente un hábito permanente (CDC, 2019).

Considerar estos conceptos en el proceso que los cuidadores familiares deben tener con su familiar es muy importante sobre todo cuando el familiar necesita de un régimen alimenticio especial. Lograr que un cuidador lo haga bien es lo que debemos conseguir a través de esta sesión.

5.3. Procedimientos de movilización

El movimiento es una capacidad ligada íntimamente a la vida humana. Para que una persona pueda relacionarse con el entorno es imprescindible tener la posibilidad y autonomía de moverse (Alfaro y Salto, 2019). Entre las funciones de los cuidadores de personas con discapacidad física se encuentran la movilización y el desplazamiento de un lugar a otro; la falta de aplicación de la mecánica corporal al realizar movilización asistida es factor de riesgo para la aparición de fatiga física y lesiones musculoesqueléticas, siendo más susceptibles los miembros superiores y la espalda, en especial la zona dorsolumbar; a su vez, pueden desencadenar lesiones que agraven la discapacidad física del paciente al realizar movimientos inadecuados (Llumipanta, 2017; Consejo Asistencial de Palencia, 2009).

El reposo absoluto o relativo favorece la recuperación, sin embargo, la falta de movimiento afecta la realización de actividades de la vida diaria y puede causar complicaciones (Hospital Universitario Reina Sofía, 2011) como:

- Estasis venosa
- Miastenia
- Pérdida de la masa muscular
- Contracturas musculares
- Distrofia y atrofia muscular
- Dolor muscular
- Úlceras por presión
- Riesgo de caídas
- Incremento de las secreciones bronquiales

Igualmente, en el cuidador que no utiliza una mecánica corporal adecuada los riesgos de presentar problemas son altos. De ahí la importancia de la sesión.

Referencias

- Alfaro Martínez, E., y Salto López, M. D. (29 de junio de 2019). Movilización en el paciente encamado: objetivo y procedimiento. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/movilizacion-en-el-paciente-encamado-objetivo-y-procedimiento/>
- Barreto, P. J., Santana, P. S., Martínez, G. C., Espinosa, B. A., Zamora, M. R., y González, S. M. (2003). Alimentación, nutrición y metabolismo en el proceso salud-enfermedad. *Acta Médica de Cuba*, 11(1). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50802>
- CDC. (2019). Cómo mejorar sus hábitos de alimentación. <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/losingweight/eatinghabits.html>
- Complejo Asistencial de Palencia. (2009). *Movilización manual de pacientes. Prevención de riesgos laborales*. https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/HPALENCIA_PRL_MOVILIZACION_MANUAL_PACIENTES.pdf
- Etecé (s. f.). Higiene. *Concepto*. <https://concepto.de/higiene/>
- Hospital Universitario Reina Sofía. (2011). *Movilización del paciente*.

- https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/g2_movilizacion_pacientes.pdf
- Infomed Instituciones. (21 de febrero de 2020). Higiene personal, sinónimo de salud. <https://instituciones.sld.cu/upp/2020/02/21/higiene-personal-sinonimo-de-salud/>
- López Gil, M. J., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., y Alonso Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es&nrm=iso
- Llumipanta Cuichan, W. J. (2017). *Elaboración de protocolos para el manejo de pacientes con discapacidad física orientado a los cuidadores* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica del Norte]. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/6067/1/06%20TEF%20170%20TRABAJO%20GRADO.pdf>
- UNICEF. (2005). *Los hábitos de higiene*. <https://www.unicef.org/venezuela/media/1186/file/Los%20h%C3%A1bitos%20de%20higien%20e.pdf>
- Paredes Velasco, E. G., y Donoso Noroña, R. F. (2017). *Guía de cuidados al adulto mayor para elevar el nivel de conocimientos de los cuidadores en el asilo de ancianos “Señor de los Remedios” del Cantón Píllaro*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Regional Autónoma de los Andes. <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6031/1/PI-UAENF003-2017.pdf>
- Ventura Santos, S. D., y Mendoza Hernández, J. R. (2018). *Estudio comparativo de la dieta en la salud de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles. En asocio con Unidad de Salud Barrio Lourdes*. ITCA Editores / Fepade. <http://redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/3673/1/Informe10-dieta%20enfermedades%20cronicas.pdf>

Capítulo 6. Manejo de comportamientos difíciles

JUANA EDITH CRUZ QUEVEDO¹

JULIA MARÍA EUGENIA LEMA MORALES²

Resumen

Se describe la importancia de desarrollar en los cuidadores/ cuidadoras las técnicas de comunicación asertiva y de habilidades cognitivas desarrolladas en el presente libro guía para dar respuesta a comportamientos difíciles que pudiera presentar la persona a quien se cuida en casa. Se hace hincapié en los puntos 5 y 6 de las características de un automanejo adecuado en cuidadores familiares. Se describe el concepto de un comportamiento difícil, en quienes se presenta y las diversas formas de presentarse: conducta pasiva y humor inestable. Se describen las habilidades para el manejo de comportamientos difíciles, así como diversos pasos a tener en cuenta: conocer al familiar y su enfermedad, reconocer sus propias emociones, revisar el ambiente y establecer una comunicación asertiva.

Palabras clave: comportamientos difíciles, automanejo, salud mental, salud física, habilidades cognitivas.

Generalmente los cuidadores están sometidos a tareas altamente estresantes por largos periodos. La literatura ha mostrado que el impacto de cuidar puede resultar en problemas de salud física, mental y social para los cuidadores; sin embargo, este impacto se agrava cuando la persona cuidada pre-

¹ Doctorado en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería de Veracruz, Universidad Veracruzana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7689-4544>

² Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Facultad de Medicina – Escuela Profesional de Enfermería Lima-Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9773-9095>

senta comportamientos difíciles que se relacionan con presencia de ansiedad (REF), depresión, e inclusive sentimientos ambivalentes respecto al cuidar y la persona cuidada (Barrera-Caballero, 2019).

La forma como los cuidadores responden a los comportamientos difíciles depende en gran medida de los recursos personales y contextuales con los que cuentan; entre ellos, las habilidades cognitivas (toma de decisiones, solución de problemas) y técnicas de comunicación desarrolladas en el presente manual. Es por ello que al promover el automanejo de los cuidadores debemos hacer hincapié en estos componentes.

COMPORTAMIENTO DIFÍCIL

Formas inadecuadas de comportarse, de proceder, es decir, conductas de las personas frente a otras personas y a su entorno que pueden representar un manejo no fácil para la persona que la cuida, y pueden llegar a entorpecer la comunicación y la armonía en la relación.

¿En quiénes se presentan?

Con frecuencia en las personas mayores, personas con enfermedades crónicas, con limitaciones para satisfacer sus necesidades, con alguna discapacidad. Con mayor frecuencia en aquellas que padecen alguna enfermedad mental como Alzheimer, deterioro de la función intelectual o demencia.

¿En qué forma se presentan?

Conducta pasiva

Actos de omisión como desinterés, apatía o pérdida de la interacción con familiares y amigos, no querer alimentarse, bañarse, salir a caminar, hacer ejercicio...

Humor inestable

Pueden llegar a la agresión verbal o física, reacciones inesperadas, agitación, falsas acusaciones hacia su cuidador u otras personas.

Fuente: Elaboración propia con base en lo revisado en Family Caregiver Alliance. National Center on Caregiver (2016). Guía del cuidador para entender los comportamientos relacionados con la demencia.

HABILIDADES GENERALES PARA EL MANEJO DE COMPORTAMIENTOS DIFÍCILES

¿Qué sí podemos hacer?

1. Conocer a su familiar y su enfermedad.

¿Hay una posibilidad de que tenga alterado su nivel de glucosa? ¿Puede estar reflejando alguna alteración de su organismo?

2. Reconocer sus propias emociones.

Reconozca sus emociones y piense ¿cómo me sentiría en su lugar? Mantenga en mente que al cuidar debemos preservar la dignidad de la persona y su autorrespeto.

3. Revisar el ambiente.

¿Hay algo que le pueda estar incomodándolo? ¿Por alguna razón su ambiente fue alterado?

4. Establecer una comunicación efectiva.

- La comunicación no verbal es tan importante como la verbal.
- Evitar hacer evidentes las discapacidades.
- Exhortarlo a recuerdos buenos.
- Practique la escucha activa.

Recordemos los contenidos recibidos en la sesión sobre comunicación asertiva y de técnicas cognitivas.

Fuente: Elaboración propia con base en lo revisado en Arévalo L. Estrategias para manejar conductas difíciles. AARP Foundation (<https://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/expertos/Lydia-Arevalo-Flechas/info-2014/conducta-comportamiento-mayores.html>).

Referencias

- Arévalo-Flechas, L. (s. f.). Estrategias para manejar conductas difíciles. *AARP Foundation*. <https://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/expertos/Lydia-Arevalo-Flechas/info-2014/conducta-comportamiento-mayores.html>
- Barrera-Caballero, S., Losada, A., Vara-García, C., Romero-Moreno, R., & Márquez-González, M. (2019). Care-Recipients' Disruptive Behaviors and Caregivers' Cognitive Fusion: Relevant Variables for Understanding Caregivers' Ambivalent Feelings. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(3), 499–510. <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/12/08.Barrera-Caballero-27-3.pdf>
- Family Caregiver Alliance. (s. f.). Guía del Cuidador para entender los comportamientos relacionados con la demencia. <https://www.caregiver.org/es/resource/guia-del-cuidador-para-entender-los-comporta->

- mientos-de-la-demencia-caregivers-guide-understanding/
- Hall, K., Lind, C., Young, J. A., Okell, E., & van Steenbrugge, W. (2018). Familiar communication partners' facilitation of topic management in conversations with individuals with dementia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(3), 564–575. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12369>
- Jones, E. D., & Beck-Little, R. (2009). The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(3), 279-290. <https://doi.org/10.1080/016128402753543018>
- Losada Baltar, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., y Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26(1), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.02.001>
- National Institute on Aging. (2017). Cambios en la personalidad y la conducta relacionados con la enfermedad de Alzheimer. <https://www.nia.nih.gov/espanol/cambios-personalidad-conducta-relacionados-enfermedad-alzheimer>
- Organización Panamericana de la Salud. *Alteraciones del comportamiento. Guía de diagnóstico y manejo*. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia03-pdf
- Schwarzer, R., y Gutiérrez-Doña, B. (2009). Modelando el cambio en el comportamiento de salud: Cómo predecir y modificar la adopción y el mantenimiento de comportamientos de salud. *Revista Costarricense de Psicología*, 28(41-42), 11-39. <https://www.redalyc.org/pdf/4767/476748706011.pdf>
- Tabloski, P. A. (2010). *Enfermería gerontológica*. Pearson. <http://pearsonespana.blob.core.windows.net/books/9788483226438.pdf>
- Villarreal-Reyna, M. A., Cruz-Quevedo, J. E., Vicente Ruíz, M. A., Salazar-González, B. C. (2017). *Intervenciones de enfermería de apoyo a cuidadores informales. Investigación, práctica, política social y legislación*. Ediciones DeLaurel.

Capítulo 7. Soporte social y uso de las TIC

MERY MONTALVO LUNA¹

MARÍA DEL SOCORRO PIÑONES MARTÍNEZ²

Resumen

En este capítulo se describe la importancia de un cuidador / cuidadora con un adecuado soporte social. Es así que se describen las características que un profesional de la salud debe tener en cuenta para generar este soporte social y que construyen esta red social con diversas instituciones dentro de la comunidad de los cuidadores y el servicio de salud. Se describen los componentes fundamentales de este soporte social: la red social, la interacción social, el soporte social percibido y el soporte instrumental.

Palabras clave: soporte social, TIC, cronicidad, redes sociales, autocuidado.

El cuidador familiar es el responsable de atender diariamente las necesidades del familiar a quien cuida, lo cual implica redistribuir sus actividades y cumplirlas bajo una elevada carga de estrés, que se acentúa si es el único cuidador (Giraldo Montoya, Zuluaga Machado y Uribe Gómez, 2020; Sánchez Martínez, Molina Cardona y Gómez-Ortega, 2016).

Diversos estudios muestran estos resultados, donde un porcentaje significativo de los participantes son únicos cuidadores, más del 64% tienen esta condición (Carrillo, Sánchez-Herrera y Barrera-Ortiz, 2015; Carrillo et al., 2014; Puerto Pedraza y Carrillo González, 2015).

¹ Doctorado en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Facultad de Medicina – Escuela Profesional de Enfermería Lima-Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5084-1930>

² Doctorado en Enfermería en Cultura de los Cuidados. Universidad Autónoma de Tamaulipas – Facultad de Enfermería Tampico. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1013-7700>

Estos cuidadores familiares, además de la responsabilidad de proporcionar cuidado, deben participar en todo el proceso que significa cumplir con las indicaciones médicas, como el tratamiento farmacológico, aquellas otras indicaciones como tomarse muestras de laboratorio, estar pendiente de las citas médicas, a la par de estar pendiente de darle afecto y manejar situaciones difíciles en las emociones que pueda presentar su familiar (Fernández Lao, Del Pino Berenguer y Silvano Arranz, 2013). Esta situación con frecuencia provoca en el cuidador sobrecargas, preocupaciones y estrés, reiterando que todo esto se incrementa cuando es el único a cargo del cuidado.

La condición de cronicidad genera permanentes necesidades de soporte social tanto para las personas que viven con la enfermedad como para los cuidadores familiares. El deterioro progresivo, la polifarmacia, la alteración de la funcionalidad, los grados de dependencia, entre otros factores, son aspectos que inciden en esta diada (persona enferma-cuidador) donde se genera una necesidad muy importante en el cuidador: el pedir y recibir apoyo, de ahí la importancia de las redes de soporte social (Barre-ra-Ortiz et al., 2011). Una red muy importante es sin duda la familia, puesto que le permite enfrentar de una manera más efectiva las situaciones estresantes que le genera su rol de cuidador (Fernández Lao, Del Pino Berenguer y Silvano Arranz, 2013).

Contar con apoyo social, ya sea familiar o de personas cercanas es importante, porque proporciona fortaleza para afrontar la incertidumbre y ansiedad que con frecuencia están presentes, aun cuando la enfermedad se haya controlado (Carrillo et al., 2014)). De acuerdo a lo afirmado por algunos autores (Ostertag Antezana, 2014), el apoyo social positivo y efectivo está relacionado con los procesos de adaptación y afrontamiento que desarrolle el cuidador familiar, es por esto que en este programa es muy importante contribuir a fortalecer las habilidades y competencias en los cuidadores en el uso de las herramientas de proyecto de vida, planes de autocuidado, uso de las técnicas cognitivas como solución de problemas, pensamiento positivo y, algo que es también igual de importante, las técnica de comunicación como es el pedir ayuda.

Así mismo, en este programa se busca que en esta sesión se motive y se den algunas pautas a los participantes para que identifiquen las fuentes de apoyo y que aprendan a conocer cuándo y cómo buscarlas.

El soporte social es establecido por medio de redes sociales que tienen objetivos comunes, pudiendo considerarse, por ejemplo, sectores académicos, científicos, tecnológicos y culturales mediante un sistema de comunicación que permita apoyar lo que se está realizando, compartir experiencias, generar conocimientos conjuntos, esto es, lograr en conjunto objetivos comunes como son el desarrollo de las personas y de la comunidad (Barrera, Pinto y Sánchez, 2008; Weiner, Cudney y Winters, 2005).

En este soporte se consideran cuatro componentes fundamentales (Struk y Moss, 2009):

Tabla. 7.1. *Componentes del soporte social*

<p>La red social: Se refiere a los individuos o grupos de individuos disponibles para brindar cualquier tipo de ayuda al sujeto.</p> <p>La interacción social: Es la frecuencia y calidad de las interacciones del sujeto con su red.</p> <p>El soporte social percibido: Es la apreciación subjetiva del sujeto, el grado de pertenencia a la red, la accesibilidad, disposición, grado de intimidad y confianza que mantiene con los individuos de la red.</p> <p>El soporte instrumental: Son los servicios concretos y observables que la red social suministra al sujeto.</p>
--

Fuente: Struk, Moss (2009).

Son múltiples las fuentes de cuidado que requieren a largo plazo y de manera continua —con responsabilidades directas sobre el equipo de salud— los pacientes con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares (Barrera, pinto y Sánchez, 2006). Sin embargo, se han identificado dificultades en el acceso a los servicios especializados y al equipo de salud sensibilizado con la problemática, lo que en muchos casos se traduce en falta de respuesta oportuna a la luz de las tendencias y los recursos actuales, tales como las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) (Barrera, Pinto y Sánchez, 2008).

Las TIC son herramientas con las que se recoge, sistematiza y difunde información para fomentar el desarrollo de conocimientos y habilidades en las personas con enfermedades crónicas y en sus cuidadores (Struk y Moss, 2009; Barrera et al., 2010).

Estas TIC se describen como:

[...] estrategias para conformar redes de apoyo y brindar un sistema de soporte social con mayor seguimiento, que integra conexiones a través de medios de comunicación y soporte en línea, facilitando interacciones permanentes entre los pacientes con enfermedad crónica, sus cuidadores familiares y el sistema de salud. (Barrera, Pinto y Sánchez, 2006)

Referencias

- Barrera-Ortiz, L., Pinto-Afanador, N., y Sánchez-Herrera, B. (2006). Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Revista de Salud Pública*, 8(2), 141-152. <https://www.redalyc.org/pdf/422/42280202.pdf>
- Barrera, L., Pinto, N., y Sánchez, B. (2008). Hacia la construcción de un modelo de cuidado de cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Actualizaciones en Enfermería*, 11(2), 23-29. <http://www.scielo.org.co/pdf/rori/v19n1/v19n1a08.pdf>
- Barrera Ortiz, L., Pinto Afanador, N., Sánchez Herrera, B., Carrillo G., G. M., y Chaparro Díaz, L. (2010). *Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. Universidad Nacional de Colombia. http://www.gcronico.unal.edu.co/fileadmin/gcronico/UNAL_Cuidando_a_los_cuidadores_repositorio.pdf
- Barrera-Ortiz, L., Carrillo-González, G. M., Chaparro-Díaz, L., Pinto-Afanador, N., y Sánchez-Herrera, B. (2011). Soporte social con el uso de TIC's para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista de Salud Pública*, 13(3), 446-457. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n3/v13n3a07.pdf>
- Carrillo, G. M., Barrera Ortiz, L., Sánchez Herrera, B., Carreño, S. P., Chaparro Díaz, L. (2014). Efecto del programa de habilidad de cuidado para cuidadores familiares de niños con cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*, 18(1), 18-26. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-90152014000100004
- Carrillo, G. M., Sánchez-Herrera, B., Barrera-Ortiz, L. (2015). Habilidad de

- cuidado de cuidadores familiares de niños con cáncer. *Revista de Salud Pública*, 17(3), 394-403. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n3/v17n3a07.pdf>
- Fernández Lao, I., Silvano Arranz, A., y Del Pino Berenguer, M. (2013). Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 12-20. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Giraldo Montoya, D. I., Zuluaga Machado, S., Uribe Gómez, V. (2018). Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia <https://doi.org/10.18566/medupb.v37n2.a02>
- Ostertag Antezana, F. N. (2014). Soporte social en el cuidador primario de una persona con Alzheimer. *Ajayu*, 12(1), 79-99. <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545457005.pdf>
- Puerto Pedraza, H. M., y Carrillo González, G. M. (2015). Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cancer. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47(2), 125-136. <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343839278004.pdf>
- Sánchez Martínez, R. T., Molina Cardona, E. M., y Gómez-Ortega, O. R. (2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: Un estudio piloto. *Revista Cuidarte*, 7(1), 117-1184. <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/251>
- Struk, C., & Moss, J. (2009). Focus on Technology: What Can You Do to Move the Vision Forward? *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 27(3), 192-194.
- Weinert, C., Cudney, S., & Winters, C. (2005). Social Support in Cyberspace. The Next Generation. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 23(1), 7-15.

Libro guía del facilitador para formar cuidadores familiares, editado y publicado por Ediciones Comunicación Científica S. A. de C. V., se imprimió en octubre de 2022 en Litográfica Ingramex S.A. de C.V., Centeno 162-1, Granjas Esmeralda, 09810, Ciudad de México.

Por primera vez, en el contexto latinoamericano, este Libro guía del facilitador para formar cuidadores familiares presenta el resultado de años de trabajo de investigación con participación de personas en condiciones crónicas o con algún nivel de dependencia, así como del cuidador familiar que está a su cargo la mayor parte del tiempo, la investigación se realizó en tres países de Latinoamérica: México, Perú y Colombia. Los resultados de esta investigación ha permitido aprender e identificar necesidades de los cuidadores familiares y de las personas con cronicidad, las cuales pueden ser abordadas de manera adecuada a través de programas educativos. Es así como se elaboró, implementó y evaluó el programa “Trabajando juntos en colaboración” para ser aplicado por profesionales de la salud.

A través de esta obra se propone de manera muy práctica y clara un abordaje diferente de educación en salud que permite cambios de comportamiento que promueven el automanejo-autocuidado y el cuidado en casa por parte del cuidador familiar, aspectos que no han sido publicados aún en contextos latinoamericanos. Se describe el comportamiento del automanejo en un cuidador y los contenidos a considerar en un programa que promueva este comportamiento.

Por ejemplo, se aplicarán teorías del comportamiento, como la teoría social cognitiva, la autoeficacia, así como se familiarizará en la implementación de técnicas cognitivas y de comunicación asertiva en el proceso educativo con los cuidadores familiares.

Asimismo, encontrará diferentes técnicas de cuidado en casa que podrá transmitir a los cuidadores familiares de manera fácil y ágil sobre cómo movilizar a su familiar, cuidar la alimentación en casa y cómo satisfacer la necesidad de higiene. También encontrará aspectos de utilidad; por ejemplo, cómo lograr que un cuidador familiar pueda manejar conductas difíciles, o cómo identificar redes sociales en el entorno del cuidador(a).



María Isabel Peñarrieta de Córdova es doctora en Ciencias de Salud Pública, tiene estudios en Entrenamiento e Implementación de Programas que Promueven el Automanejo por la Universidad Flinders (Australia) y la Universidad de Stanford (USA), y es programadora neurolingüística por el Instituto Americano de Formación e Investigación. Es investigadora del comportamiento en el automanejo/autocuidado de personas con condiciones crónicas y sus cuidadores familiares. Lidera la Red de Automanejo en Enfermedades Crónicas desde 2015, la cual tiene como socios a profesionales, líderes de la comunidad e instituciones de Perú, Colombia y México.

