

Programa de apoyo al automanejo en cuidadores familiares

Por María Isabel; Tranquilina Peñarrieta de Córdova; Gutiérrez Gómez
(coords.)

Programa de apoyo al automanejo en cuidadores familiares

MARÍA ISABEL PEÑARRIETA DE CÓRDOVA
TRANQUILINA GUTIÉRREZ GÓMEZ
(COORDINADORAS)

11

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



Índice

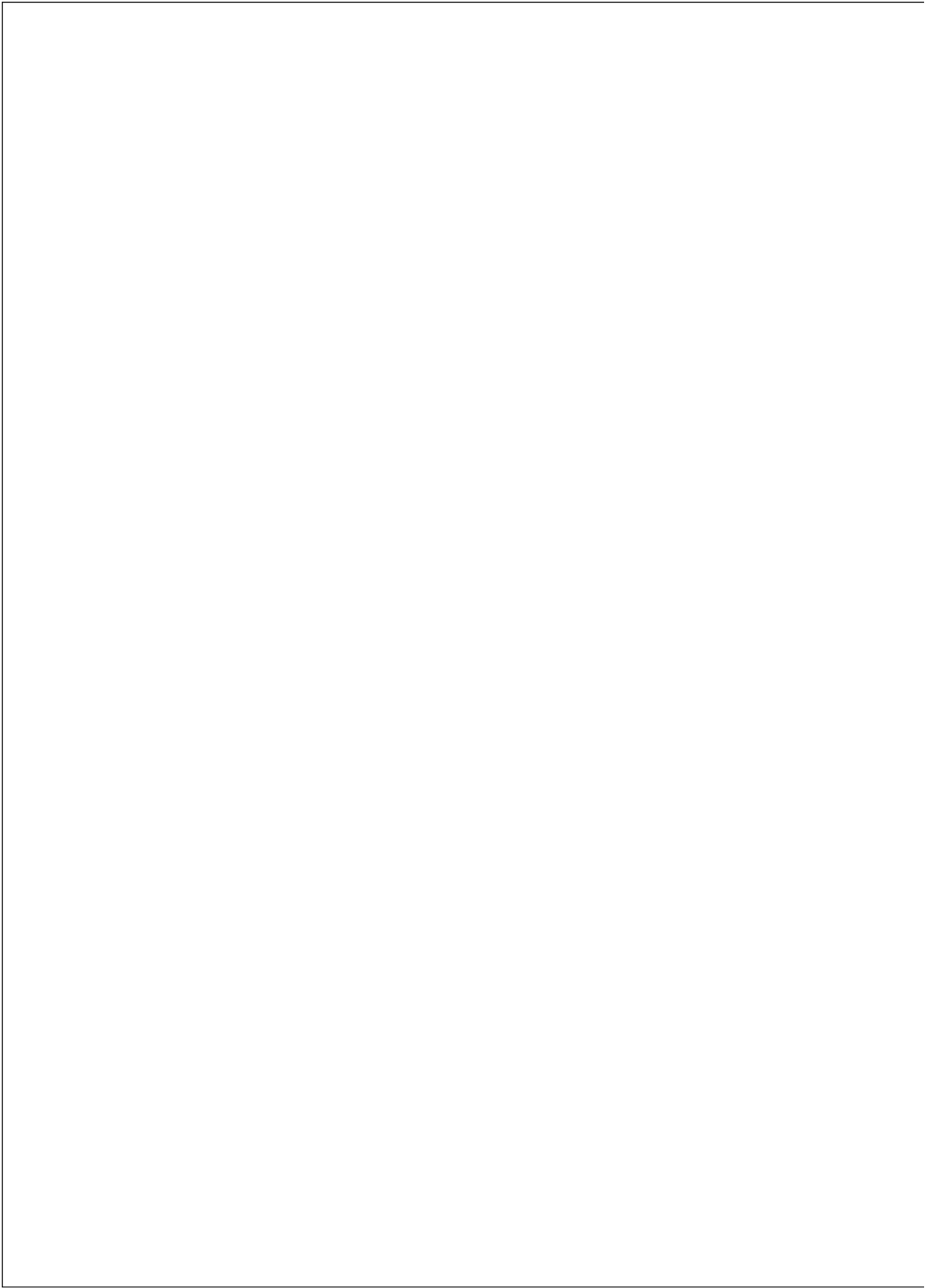
<i>Presentación del Programa “Trabajando juntos en colaboración” . . .</i>	15
<i>Introducción</i>	19
 CAPÍTULO 1. LA CRONICIDAD Y EL AUTOMANEJO EN UN PROGRAMA PARA CUIDADORES FAMILIARES, <i>María Isabel Peñarrieta</i> <i>de Córdova y Luz María Quintero-Valle</i>	23
 CAPÍTULO 2. UNA INTRODUCCIÓN DE LA TEORÍA SOCIAL COGNITIVA EN UN PROGRAMA PARA CUIDADORES FAMILIARES, <i>Rodrigo César</i> <i>León Hernández y María Elena Velásquez Salinas.</i>	36
 CAPÍTULO 3. REFLEXIONES SOBRE EL SIGNIFICADO DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA / EMPÁTICA / ACTIVA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, <i>Tranquilina Gutiérrez Gómez</i> <i>y Francisca Velásquez Domínguez.</i>	54
 CAPÍTULO 4. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA, <i>María Guadalupe</i> <i>Díaz Rentería</i>	66
 CAPÍTULO 5. PROCEDIMIENTOS PARA CUIDAR: HIGIENE, ALIMENTACIÓN Y MOVILIZACIÓN, <i>Virginia Solís Solís, Florabel</i> <i>Flores Barrios y Azela Angélica de la Cruz Palomo</i>	74
 CAPÍTULO 6. MANEJO DE COMPORTAMIENTOS DIFÍCILES, <i>Juana Edith</i> <i>Cruz Quevedo y Julia María Eugenia Lema Morales</i>	81
 CAPÍTULO 7. SOPORTE SOCIAL Y USO DE LAS TIC. MANEJO DEL DUELO, <i>Mery Montalvo Luna y María del Socorro Piñones</i> <i>Martínez.</i>	87

MANUAL DEL FACILITADOR PARA IMPLEMENTAR EL PROGRAMA
“TRABAJANDO JUNTOS EN COLABORACIÓN”

<i>Indicaciones para el uso de este manual</i>	103
SESIÓN 1. BIENVENIDA Y PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA, <i>Isabel Peñarrieta-de Córdova y Luz María Quintero-Valle.</i>	105
SESIÓN 2. PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE, <i>Rodrigo César León Hernández y María Elena Velásquez Salinas.</i>	117
SESIÓN 3. PROCEDIMIENTOS DE ALIMENTACIÓN, <i>Tranquilina Gutiérrez Gómez y Francisca Velásquez Domínguez.</i>	135
SESIÓN 4. PROCEDIMIENTOS DE MOVILIZACIÓN, <i>María Guadalupe Díaz Rentería y Carina Flores Barrios</i>	149
SESIÓN 5. MANEJO DE COMPORTAMIENTOS DIFÍCILES I, <i>Virginia Solís Solís, Florabel Flores Barrios y Azela Angélica de la Cruz Palomo</i>	165
SESIÓN 6. MANEJO DE COMPORTAMIENTOS DIFÍCILES II, <i>Juana Edith Cruz Quevedo y Julia María Eugenia Lema Morales</i>	181
SESIÓN 7. REDES SOCIALES DE APOYO Y MANEJO DEL DUELO, <i>Mery Montalvo Luna y María del Socorro Piñones Martínez</i>	195
SESIÓN 8. CIERRE DEL PROGRAMA, <i>María Isabel Peñarrieta de Córdova</i>	217

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.

Agradecemos a la SECIHTI por el financiamiento mediante los recursos del “Proyecto” en el año 2025



Dedicatoria

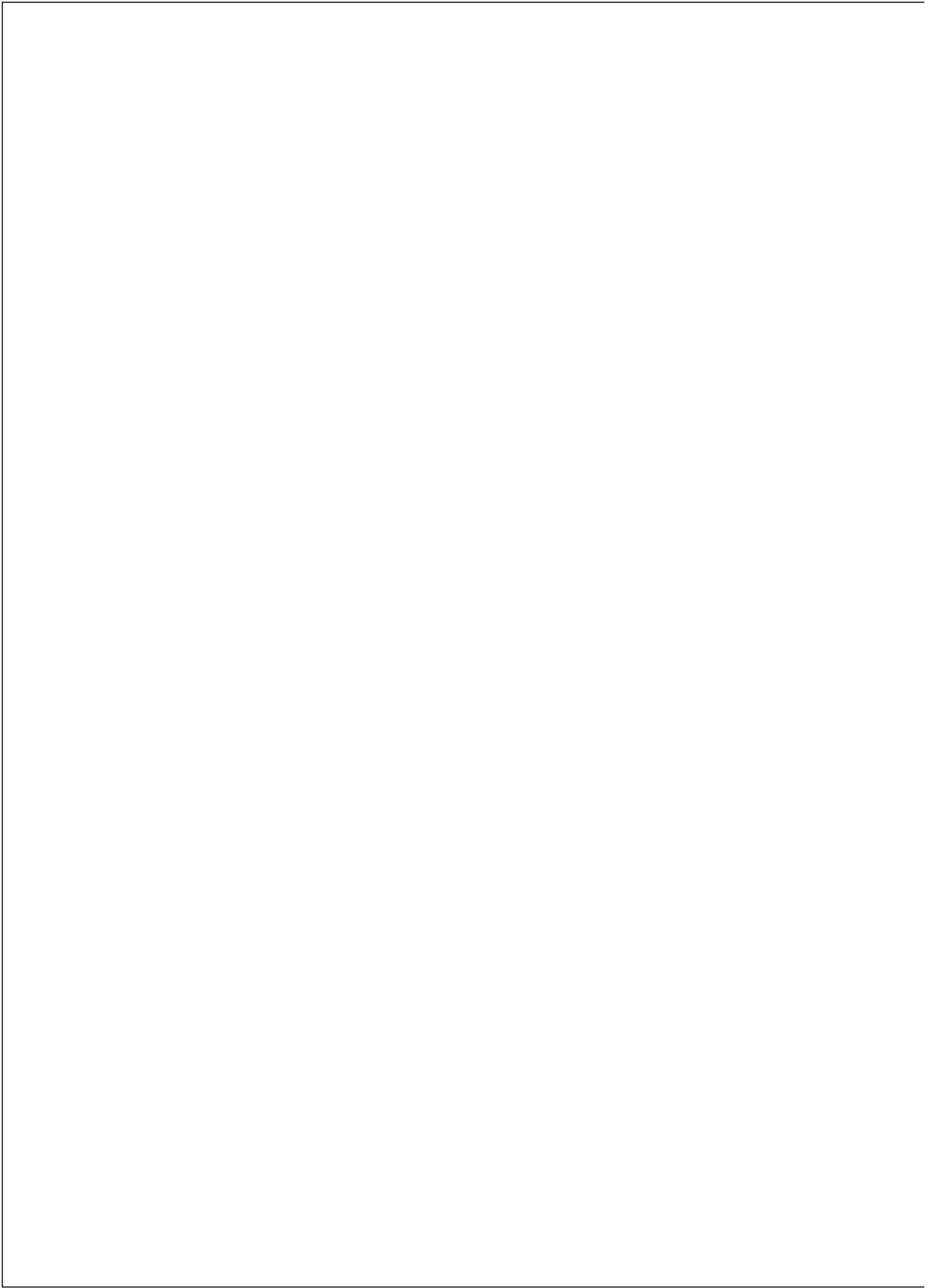
A todas las personas que realizan el rol de cuidadores familiares y a los profesionales de la salud que brindan atención a personas dependientes que están a cargo de sus cuidados en casa de un familiar

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.

A LCE. Maurenn Berenice Hernández Eugenio, Facultad Enfermería Tampico por su valiosa participación para la integración y edición del manuscrito de la obra.

A los pasantes en servicio social de la carrera de L.E. de la Facultad de Enfermería Tampico: Gilda Lorena Osorio Fernández, Claudia Angélica González Santiago, Yanari Alejandra Aldana Díaz, César Arath del Ángel Rocha, Daniel Alejandro Álvarez Ramos y de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales: José Eduardo Puga Coronado.



Presentación del Programa “Trabajando juntos en colaboración”

Esta es una segunda edición del “Libro Guía del Facilitador para formar Cuidadores Familiares”, al denominarse en esta segunda edición “Programa de Apoyo al Automanejo: Trabajando Juntos en Colaboración” 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 formar Cuidadores Familiares.

En esta segunda edición, se incorpora en cada capítulo la descripción donde se aplica los aspectos teóricos en la implementación del Programa y una nueva actividad relacionada con el manejo del duelo por parte de los cuidadores familiares. Además, se incorpora como anexo el “Manual para implementar el Programa con los Cuidadores Familiares”.

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 los profesionales se fortalecen y desarrollan habilidades, competencias y nuevos conocimientos que les permitan ser promotores con:

1. Habilidades para una comunicación asertiva con el cuidador.
2. Fijar 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 fun-

- damental para cambiar a comportamientos más saludables promoviendo el automanejo y no sólo para dar información.
5. Aplicar el Programa TJC con el conocimiento con la incorporación de teorías del comportamiento como la teoría social cognitiva, teoría del automanejo y visualizar la trayectoria de la cronicidad más que la enfermedad en sí misma.
 6. Habilidades para realizar un trabajo colaborativo y en equipo con los cuidadores.

En el entrenamiento a los profesionales se proporciona el presente libro como material de apoyo, las láminas a utilizar en la implementación y videos de procedimientos de cuidados en casa. Esto 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”.

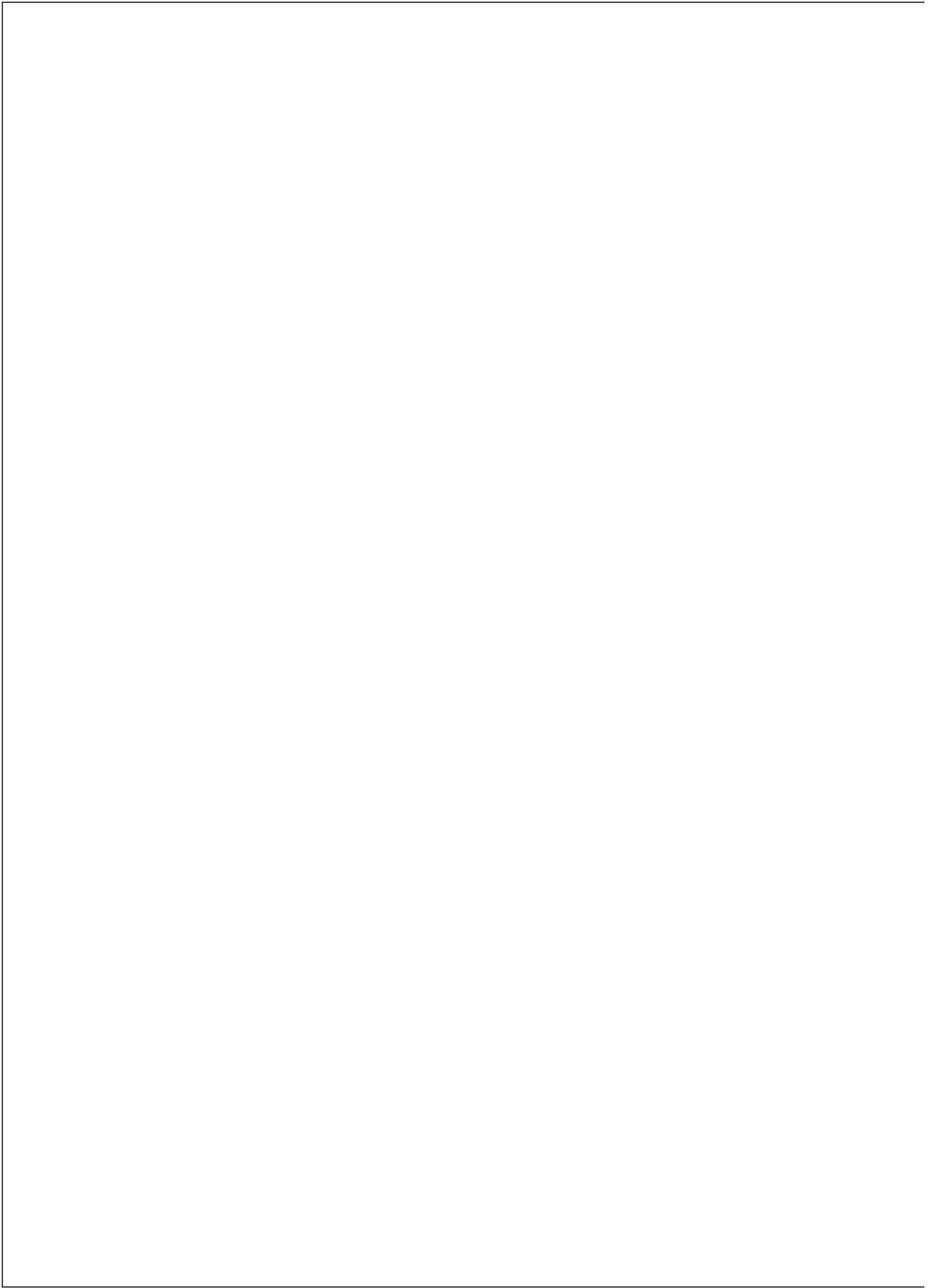
A través del entrenamiento a profesionales de la salud, el programa pretende contribuir al desarrollo y el fortalecimiento de nuevas competencias con una educación en salud diferente que no sólo se centre en informar, sino en cambiar comportamientos que, en este caso es el “automanejo” de cuidadores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

El presente programa espera como resultado final 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.

El reclutamiento de los cuidadores al Programa debe contemplar dos aspectos: una información clara de las características del programa, los bene-

ficios 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



Introducción

El Programa “Trabajando juntos en colaboración” ha sido elaborado por el equipo de investigadores de la Red de Automanejo de Enfermedades Crónicas, desde el 2021 hasta la fecha se ha entrenado a profesionales de la salud en tres países de Latinoamérica, implementando el Programa a Cuidadores Familiares con resultados satisfactorios en el cambio de su comportamiento de automanejo, por ende, de su salud y del familiar a quien cuida en casa.

Estos resultados motivan a continuar participando y mejorando el Programa, de ahí la importancia de la segunda edición el facilitar el entrenamiento e implementación de éste a los facilitadores.

Tal como está descrito en la página web <https://www.redautomanejo.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 transcendental 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).

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 usua-

Figura 1. Pirámide de Kayser



Fuente: Roberto Nuño Solís (2007). <https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo-Hernandez-4/publication/364417188/figure/fig1/AS:11431281091001260@1666282359077/>

rio 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.

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.

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

MARÍA ISABEL PEÑARRIETA DE CÓRDOVA¹

LUZ MARÍA QUINTERO-VALLE²

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.303.01>

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.*

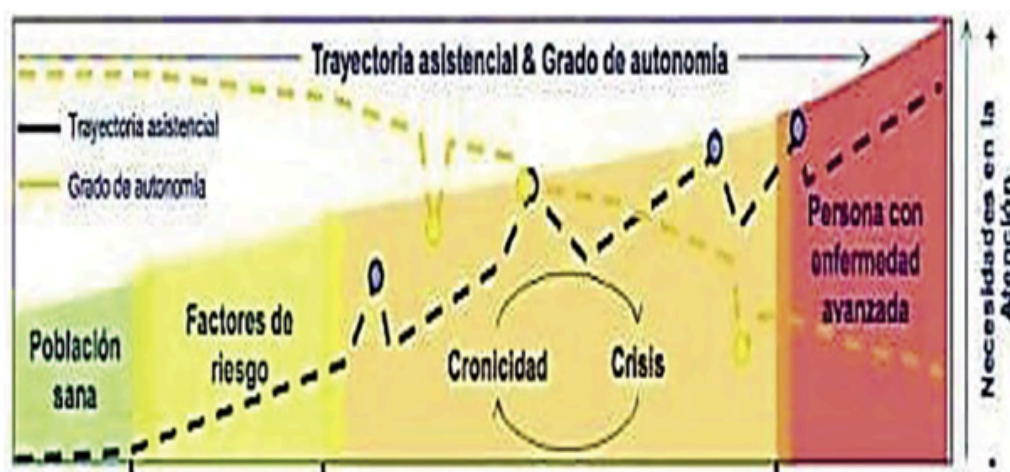
¹ Doctora en Ciencias de Salud Pública. Universidad Autónoma de Tamaulipas – Facultad de Enfermería Tampico. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9293-4024>

² Doctora en Desarrollo Educativo. 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.
	Teorías autoregulatorias.
Medio ambiente interpersonal	Teoría cognitiva social.
	Teoría de difusión de innovaciones.
	Teorías de Red Social y soporte social.
Organización	Teoría de etapa de cambio organizacional.
	Teoría de desarrollo organizacional.
	Teoría de relación interorganizacional.
Comunidad	Concientización.
	Organización comunitaria.
Sociedad y gobierno	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*

7

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.

7

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.

7

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.

7

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.

7

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.

Los contenidos se desarrollan en 8 sesiones de 2.5 horas cada sesión.

	Se- sión	Se- sión	Se- sión	Se- sión	Se- sión	Se- sión	Se- sión	Se- sión
<i>Temas</i>	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>	<i>VI</i>	<i>VII</i>	<i>VIII</i>
Introducción al Programa	V							
Proyecto de vida	V	V	V	V	V	V	V	V
Planes de autocuidado semanal	V	V	V	V	V	V	V	V
Procedimientos de higiene		V						
Técnica cognitiva (solución de problemas)		V						
Actividad física		V		V		V		V
Procedimientos de alimentación			V					
Técnica de comunicación asertiva: parafraseo			V					
Alimentación saludable			V		V		V	
Procedimientos de movilización				V				
Técnica cognitiva como entendemos ser cuidador				V				
Manejo de comportamientos difíciles I					V			
Técnica de comunicación asertiva: pedir ayuda					V			
Manejo de comportamientos difíciles II						V		
Técnica cognitiva de negativo a Positivo						V		
Redes sociales de apoyo							V	
Técnica de comunicación asertiva saber decir no							V	
Cierre del programa								V
Técnica cognitiva de reforzamiento de lo aprendido								V
Evaluación y Clausura								V

Fuente: Elaboración propia

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. & 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

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.303.02>

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, autoeficacia.*

¹ Doctor en Psicología de la Salud. Facultad de Enfermería de Tampico, 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

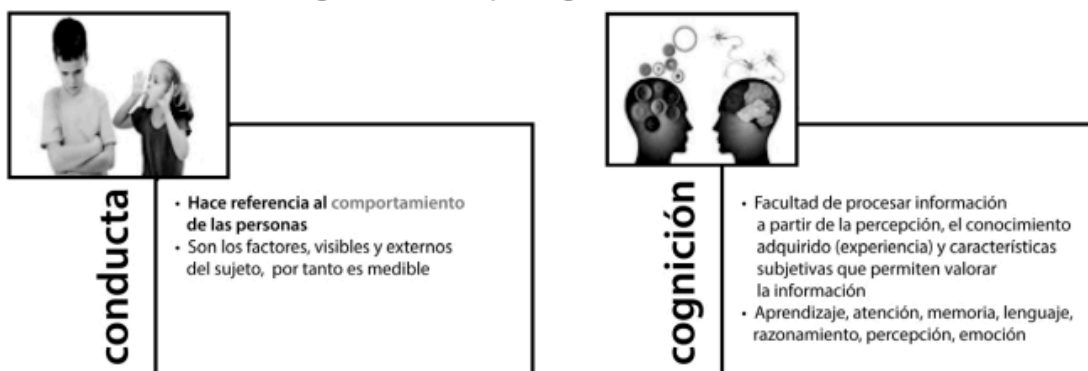
En esta sección nos centraremos en describir la teoría social cognitiva como parte de las terapias cognitivo conductuales. Iniciaremos contextualizando el enfoque cognitivo conductual, luego continuaremos con su definición, la aplicación en el programa y las técnicas a utilizar para promover el automanejo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

Terapia cognitivo conductual

18

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

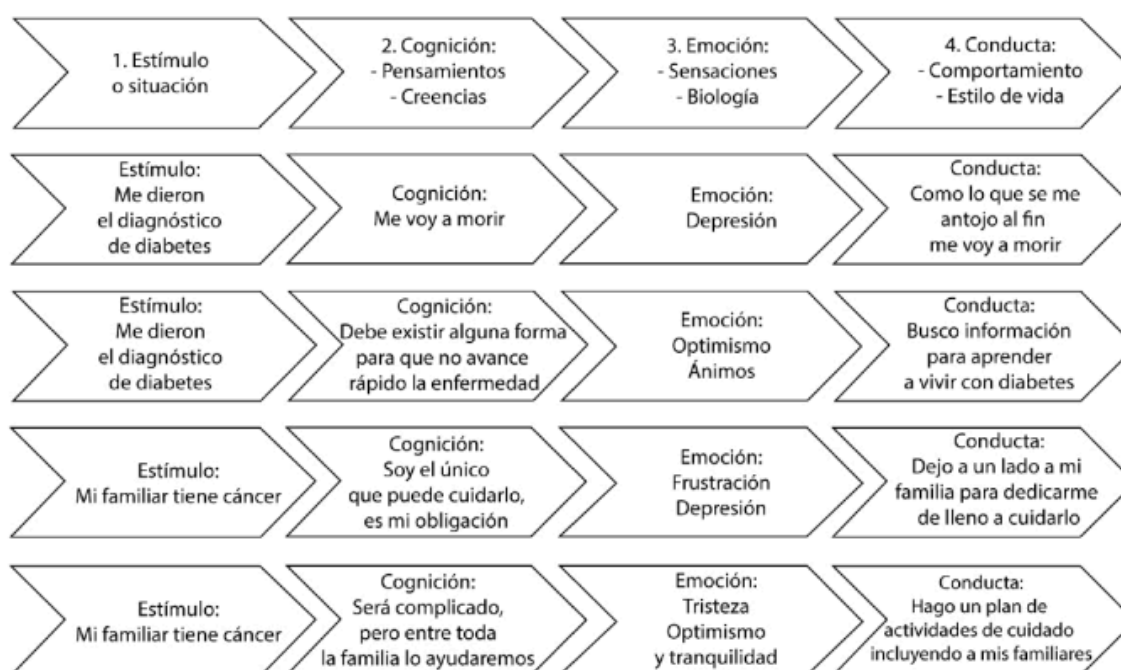


Fuente: Elaboración propia.

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

1. El *estímulo*, que se refiere a las situaciones o circunstancias de la vida a las que se enfrentan las personas, en su mayoría son neutras. Ésta son seguidas por la,
2. La *cognición*, que se refiere la formas en que interpretamos los estímulos, que en ocasiones se convierten en pensamientos irracionales o negativos. Estos pensamientos generan,
3. Las *emociones*, que son generadas por las interpretaciones y en el caso de ser irracionales, seguramente traen consigo sentimientos o emociones desadaptativas y se manifiestan en
4. Los *comportamientos* desadaptativos, que no contribuyen a mejorar la salud de las personas. En la Figura 2.2 se presentan algunos ejemplos.

Figura 2.2. Elementos de la terapia cognitivo conductual y ejemplos



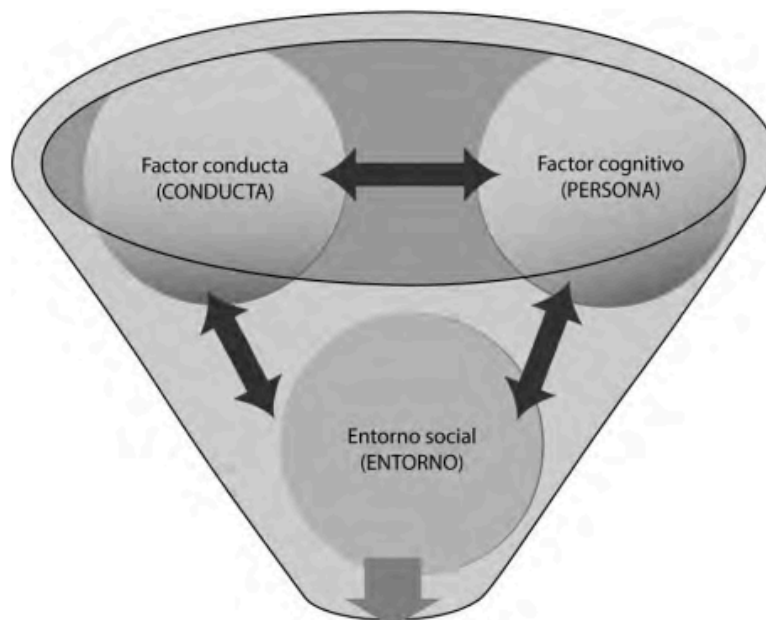
Fuente: Elaboración propia.

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 logro 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 integrantes 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

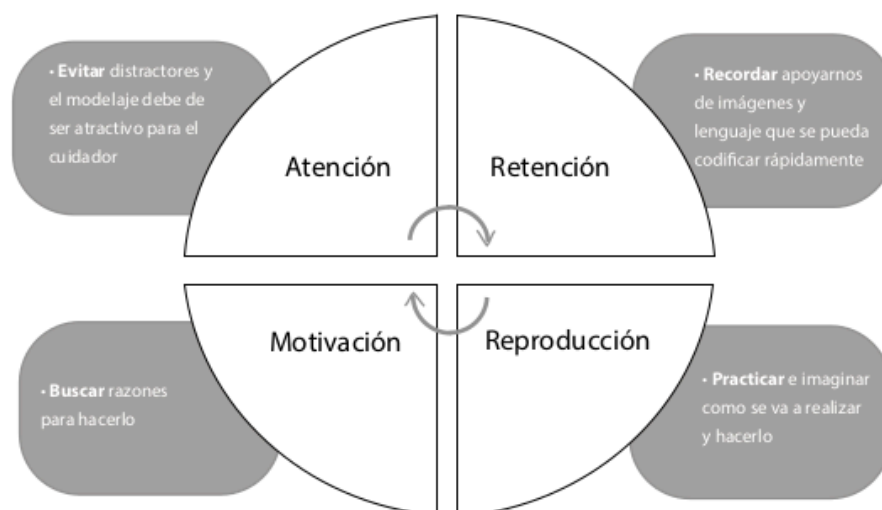
Bandura considero el modelado como uno de los principales elementos del aprendizaje por observación. Señaló que el comportamiento no se desarrolla únicamente a través del condicionamiento, sino también a través de lo que un individuo aprende indirectamente (vicariamente) mediante la observación y la 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”. Una de actividades de dicho programa, en donde se utiliza el modelado, es en la elaboración de los planes de autocuidado semanal, en la que los facilitadores inician la actividad exponiendo sus planes, para que los cuidadores familiares los utilicen como modelo a seguir y propongan sus planes de manera correcta.

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*



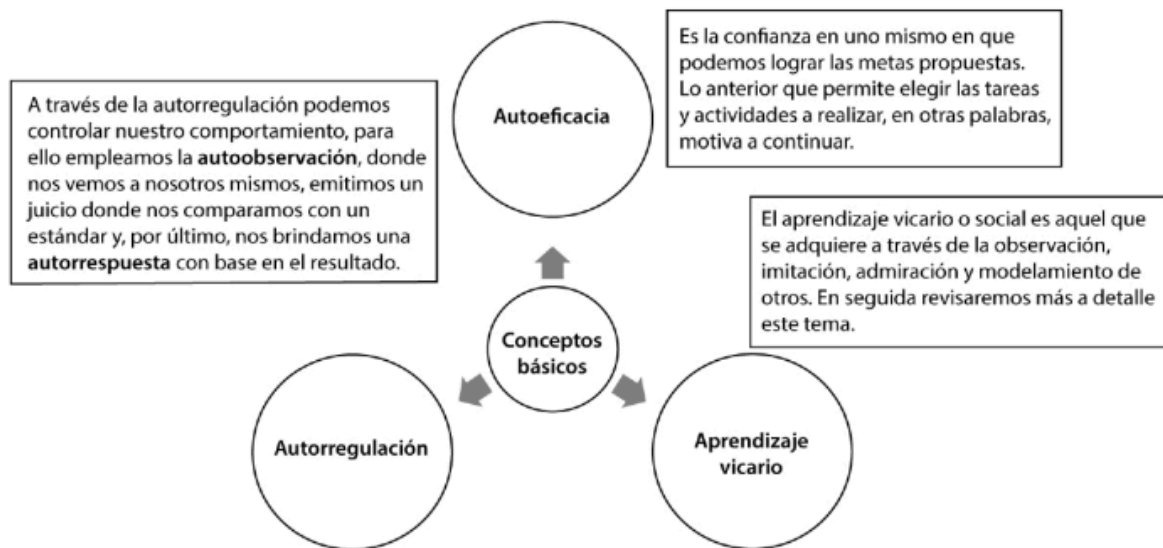
Fuente: Elaboración de María Guadalupe Díaz Rentería y Rodrigo León Hernández.

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.

En la figura 2.5 se expone la interacción entre los componentes antes descritos (autoeficacia y aprendizaje vicario), aunados a la autorregulación o autoobservación, que es la capacidad de vernos a nosotros mismos y evaluar nuestros resultados

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

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

Existe evidencia empírica contundente de la eficacia de intervenciones basadas en la teoría del aprendizaje social, que han demostrado efectos positivos en la salud de personas que viven con enfermedades crónicas y en sus cuidadores. Al respecto, en una revisión sistemática se afirmó que la teoría social cognitiva de la autorregulación es un marco viables para sustentar intervenciones para condiciones crónicas de salud (Tougas et al., 2020). En otra revisión sistematizada se encontró la teoría social cognitiva entre las 4 teorías más efectivas para el automanejo de la diabetes (Zare et al., 2020). En referencia a los cuidadores, se documentó que una intervención basada en la teoría de Bandura, incrementa las conductas de autocuidado y mejora las expectativas de resultados entre los cuidadores de personas con hemodiálisis (Rabiel et al., 2020).

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

Técnicas cognitivas

22

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. La técnica del ABC de la terapia racional emotiva es una herramienta que ejemplifica con claridad la aplicación de las técnicas cognitivo conductuales en los contextos a los que se enfrentan los cuidadores familiares (véase la Tabla 2.1).

Tabla 2.1. ABC de la terapia racional emotiva

A	B	C
Acontecimientos o situaciones	Creencias o pensamientos	Consecuencias o comportamientos
Ayer perdí mi trabajo	Creencia 1 No podré pagar los alimentos para mi familia. No podré pagar los servicios como la luz y el agua.	Consecuencia 1 Emoción: estrés y ansiedad. Conducta: estoy dando vueltas en la cama, pues no puedo dormir pensando en qué voy a hacer.
	Creencia 2 La realidad es que ya no me sentía tan bien con el trabajo, era mucha sobrecarga.	Consecuencia 2 Emoción: relajado y tranquilo. Conducta: aprovecho y paso la tarde en familia paseando en un parque.
	Creencia 3 Tendré que levantarme muchas veces en la noche a llevarlo al baño, con lo cansado que estoy.	Consecuencia 3 Emoción: intranquilo y presionado. Conducta: empiezo a buscar trabajo.

Mi familiar enfermo ya no puede ir al baño solo porque corre el riesgo de caerse	Creencia 1 Tendré que levantarme muchas veces en la noche a llevarlo al baño, con lo cansado que estoy.	Consecuencia 1 Emoción: llevo a mi familiar al baño de mala gana y le hablo mal.
	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.	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.

Fuente: Elaboración propia.

2.3. Descripción de las técnicas cognitivas utilizadas en el Programa “Trabajando Juntos en Colaboración”

2.3.1. 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.

2.3.2. *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*

	Negativos: Los pensamientos negativos son automáticos e invaden nuestra mente de forma espontánea, surgen de nuestras creencias y sentimientos. Soy un inútil Soy mala persona Nadie me quiere Sólo yo cuidó bien a mi mamá
PENSAMIENTOS 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	Cada día estoy intentado ser 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

Fuente: Elaboración de María Guadalupe Díaz Rentería.

2.3.3. *Planes de autocuidado y proyectos de vida*

Para la mayoría de nosotros, una vez que tomamos la decisión, tenemos una buena idea de hacia dónde vamos. No obstante, algunas metas pueden parecer abrumadoras. ¿Cuándo podré avanzar? ¿Cuándo podré volver a hacer una vida para mí? Como hemos dicho, el secreto está en no tratar de hacer todo a la vez, en lugar de eso, es conveniente enfocarse en una sola cosa que realmente se pueda completar en la próxima semana.

Vamos a trazarnos una meta que quisiéramos alcanzar en 6 meses. Para ello vamos a planear los pasos que tendremos que tomar. Hay que recordar que es mejor planear paso a paso para conseguir un cambio. También debemos pensar que lo que planeemos DEBE DEPENDER SÓLO DE NOSOTROS, de lo que cada uno puede hacer, no de los demás.

Por ejemplo: Uno de nosotros quisiera tener más tiempo para dedicarse a hacer lo que más le gusta y no ha podido hacerlo hasta el momento: “Re-

unirse con sus amigas una vez cada dos semanas”. Pero esto implica primero resolver varias situaciones:

- Buscar a alguien que me reemplace en el cuidado
- Comunicarme con mi familiar de tal manera que no se moleste conmigo o no se sienta mal, pero no sé cómo hacerlo
- Tener los teléfonos de mis amigas con quien quisiera reunirme y coordinar con ellas una vez resuelto lo anterior.

Bueno esto no se resuelve en una semana, ¿verdad?, pero es lo que quiero cambiar en mi vida:

“Reunirme con mis amigas por lo menos una vez cada dos semanas.”

- Podría empezar por hacer una lista de posibles candidatos para que me reemplacen en el cuidado e ir probando con cada uno si es factible, y considerarlo cuando llegué el momento. Bueno, empezaremos con este primer paso y vamos viendo cómo nos va.
 - La próxima semana compartiremos cómo nos va y seguimos con el siguiente paso.
- elaborar planes de autocuidado semanales a desarrollar durante el programa

Es algo parecido, pero diferente en el tiempo, no será para los próximos 6 meses, sino sólo para esta semana. Debe ser algo que realmente queremos hacer en nuestras vidas en esta semana, puede estar relacionado o no con la meta de 6 meses.

Un plan de autocuidado semanal es algo real a corto plazo, y te coloca en el camino hacia tu meta. Tu plan de autocuidado semanal debe ser sobre algo que quieres hacer o lograr. Debe ayudarte a solucionar tu problema y a alcanzar tu meta. Es algo que realmente quieres.

Al concentrarte en lo que puedes hacer, en vez de lo que desearías hacer, o en lo que los demás quieren que hagas. Tomar pasos para mejorar tu confianza puede hacerte sentir mejor por dentro y por fuera.

Los planes de autocuidado semanales son probablemente la mejor

herramienta para tener éxito como cuidador. La mayoría de nosotros puede hacer cosas para que el cuidado sea más fácil, pero fallamos al hacerlas. A menudo, el fallar se relaciona con no tener la destreza en un procedimiento o el conocimiento sobre cómo hacerlo, o se percibe que falta tiempo y son muchas las cosas que debemos hacer. Por ejemplo, piensen en las actividades del diario vivir, tuyas y de su familiar a cargo. Las actividades del diario vivir son las cosas de todos los días como levantarse de la cama, bañarse, vestirse, preparar y comer los alimentos, limpiar la casa, ir de compras y pagar las cuentas. ¿Puede un plan de autocuidado semanal ayudar a lograr cualquiera de estas cosas de manera más eficiente? ¿Puede ayudarte a encontrar más energía para lograrlo y estar menos estresada/estresado?

Otro ejemplo, puede ser que uno de mis problemas es que me siento muy estresada, ¿entonces podríamos pensar si un plan de autocuidado semanal podría ayudar a relajarme haciendo ejercicios de relajación?

Asegúrate de que tus planes sean específicos; esto es, no sólo decidir “bajar de peso” (que no es una acción, sino el resultado de ésta), sino reemplazar el refresco por un té (que sí es una acción).

Después, haz un plan específico. Decidir qué es lo que quieres hacer, sin un plan para hacerlo, no tendría sentido. El plan debe contestar todas las siguientes preguntas:

- Exactamente ¿Qué es lo que harás? ¿Irás a caminar cuando te estreses o tratarás de no comer en exceso cuando te sientas ansioso?
- ¿Llamarás a alguien? ¿Qué prueba de relajación practicarás?
- ¿Qué tanto lo harás? Esta pregunta se responde con algo como tiempo, distancia, porciones o repeticiones. ¿Caminarás una cuadra, durante 5 minutos, comerás la mitad de las porciones en la comida y en la cena, practicarás ejercicios de relajación durante 15 minutos?
- ¿Cuándo lo harás? Otra vez, esto debe de ser específico: en la tarde, en la noche (cuando sabes que estarás más cansado y estresado, perdiendo tu temperamento), antes de la comida, en la cena, antes de irte a dormir. Juntar una nueva actividad con un viejo hábito es una buena manera de asegurarte de que lo harás. Por ejemplo, harás 5 minutos de ejercicios de respiración para relajarte cada tarde justo

después de lavar los trastes que quedaron de la comida. Otro consejo es incorporar tu nueva actividad en tu rutina diaria justo antes de una vieja actividad favorita, como caminar alrededor de la cuadra antes de leer el periódico o ver tu programa favorito de televisión.

- ¿Qué tan seguro te sientes de hacer la actividad? Esto es muy difícil. A todos nos gustaría comprometernos con hábitos positivos todos los días, pero esto no siempre es posible. Usualmente es mejor decidir hacer una actividad tres o cuatro veces a la semana para darte cierto margen si algo llegase a surgir. Si haces más, qué mejor. No obstante, si eres como la mayoría de las personas, sentirás menos presión si puedes hacer tu actividad tres o cuatro veces a la semana y seguir sintiéndote exitoso(a).

2.3.2. Técnica cognitiva cómo entendemos ser cuidador

Todos tenemos una idea de nosotros mismos, como nos vemos, lo interesante es que en la manera como nos vemos muchas veces es como actuamos, por eso es importante identificar este pensamiento de nosotros mismos, pues puede ayudarnos a mejorar, si es el caso, nuestro propio comportamiento en el cuidado hacia nosotros mismos.

Vamos a hacer lo siguiente:

Identifique cuáles creencias o pensamientos influyen en su rol de cuidador, trate de ser lo más honesto (a) posible y expresar tal y como tú eres y cómo te sientes (3 minutos). Inicia el llenado de las columnas 1 a 5 apoyándote del ejemplo que revisarás con el facilitador.

Veamos el ejemplo en la lámina 15.

Lámina 15. *Cómo entendemos ser cuidador*

1. ¿Qué significa ser cuidador?	2. Creencias o ideas que influyen en su rol de cuidador.	3. Esta creencia afecta su vida.	4. ¿Con qué frecuencia afecta su vida?	5. Qué propone para mejorar su calidad de vida?
Es una labor muy difícil, pero tengo que hacerlo porque no se puede abandonar a un familiar enfermo	Tengo la obligación de cuidar a mi familia (mamá, papá, hijos, etc.)	(☒) Sí (☐) No Por qué: porque es mi familiar.	1. (☐) A diario 2. (☐) 3 a 4 días por semana 3. (☐) Cada semana 4. (☐) Cada 15 días 5. (☐) Cada mes 6. (☐) Nunca	Identificar a más personas que se puedan incluir en el cuidado de mi familiar, no sólo yo tengo la obligación. A veces es muy pesado.
	Yo creo que soy el que mejor cuida a mi familiar, él me lo ha dicho	(☐) Sí (☒) No Por qué: porque siento que mis hermanos no lo cuidan bien	1. (☐) A diario 2. (☐) 3 o 4 días por semana 3. (☐) Cada semana 4. (☐) Cada 15 días 5. (☐) Cada mes 6. (☐) Nunca	No tengo que cambiarlo. Pero se me ocurre que puedo enseñar a mis hermanos para que ellos también lo cuiden bien.

Nota: No olviden enfatizar el puntaje en la columna 3.

Fuente: Elaboración propia.

¿Con qué frecuencia afecta tu vida? Este es un indicador muy importante para iniciar los cambios en nuestras vidas. Sobre todo en las creencias que se ubiquen en el puntaje 1 = A diario, o puntaje 2 = 3 a 4 días por semana, ya que éstas en verdad afectan la vida de manera importante.

Estas técnicas cognitivas se desarrollan en el programa en diferentes sesiones, para dar espacio de tiempo de poder ponerlas en práctica evaluar sus resultados y tomar decisiones de su aplicación personal. Como se describe en la tabla 2.4.

Tabla 2.4. Contenido del Programa en cada sesión

Temas	Sesión							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Introducción al programa	V							
Proyecto de vida	V	V	V	V	V	V	V	V
Planes de autocuidado semanal	V	V	V	V	V	V	V	V
Procedimientos de higiene		V						
Técnica cognitiva (solución de problemas)		V						
Actividad física		V		V		V		V
Procedimientos de alimentación			V					
Técnica de comunicación asertiva: parafraseo			V					
Alimentación saludable			V		V		V	
Procedimientos de movilización				V				
Técnica cognitiva cómo entendemos ser cuidador				V				
Manejo de comportamientos difíciles I					V			
Técnica de comunicación asertiva: pedir ayuda					V			
Manejo de comportamientos difíciles II						V		
Técnica de cognitiva de negativo a positivo:						V		
Redes sociales de apoyo							V	
Técnica de comunicación asertiva: saber decir NO							V	
Cierre del programa								V
Técnica de cognitiva de reforzamiento de lo aprendido								V
Evaluación y Clausura								V

Fuente: elaboración propia

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
- Rabiei, L., Eslami, A. A., Abbasi, M., Afzali, S. M., Hosseini, S. M., & Masoudi, R. (2020). Evaluating the effect of family-centered intervention program on care burden and self-efficacy of hemodialysis patient care-

- givers based on social cognitive theory: A randomized clinical trial study. *Korean Journal of Family Medicine*, 41(2), 84–90. <https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0079>
- Tougas, M. E., Hayden, J. A., McGrath, P. J., Huguet, A., & Rozario, S. (2015). A systematic review exploring the social cognitive theory of self-regulation as a framework for chronic health condition interventions. *Plos One*, 10(8), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134977>
- Zare, S., Ostovarfar, J., Kaveh, M. H., & Vali, M. (2020). Effectiveness of theory-based diabetes self-care training interventions; a systematic review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(4), 423-433. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.008>
- 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

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.303.03>

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 ¹⁴ 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

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>

del autoconocimiento, no sólo para saber ¹⁴ qué deseamos, sino también 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..."
²¹ Mirada directa y franca.	Mirada fija	²¹ Rehúye la mirada
Gesto firme	Gestos amenazantes	Movimientos nerviosos
Postura relajada	Postura hacia adelante	Postura recogida
Voz sin vacilación	Volumen de voz elevada	Volumen bajo
Relaciones positivas	Viola derechos	No consigue los objetivos
Resuelve problemas	Crea tensión	Pierde oportunidades
		Tiene conflictos personales

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

Ejemplo de los tres casos:

⁴ *Comportamiento pasivo*: tiene miedo de hablar, habla suavemente, evita mirar a las personas a los ojos, muestra poca o ninguna expresión, se encorva y se retira, se aísla de los grupos, de acuerdo con los demás, a pesar de sus prioridades o sentimientos ¹⁹, se valora menos que los demás,

Comportamiento agresivo: interrumpe y expresa su opinión por encima de los demás, habla en voz alta, mira con excesiva fijación a los demás, intimida a otros con expresiones exageradas, se planta con rigidez, se cruza de brazos o invade el espacio personal de otros, solo considera los propios sentimientos,

4

Comportamiento asertivo: habla abiertamente, utiliza un tono de conversación normal, hace buen contacto visual, muestra expresiones que coinciden con el mensaje, relaja y adopta una postura y expresión abiertas, tienen en cuenta sus objetivos, pero también los sentimientos de los demás.

¿Dónde se ubica cada uno de ustedes?

12

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.

32

Compresión 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.

4

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 estereotipos, las suposiciones preconcebidas y las emociones negativas.
- Incrementar la capacidad para prestar atención.
- No juzgar lo que la otra persona está diciendo, esto es NO dar nuestras propias interpretaciones.
- A veces, nuestras reacciones emocionales a lo que se dice pueden actuar como una barrera para escuchar con empatía. Ya sea que nos sintamos a la defensiva, molestos o incluso demasiado entusiastas, estas emociones pueden impedirnos procesar por completo el mensaje de la otra persona.
- Si vemos que nuestra memoria nos falla, anotemos lo que escuchamos para no perder la idea completa de lo que esta diciendo la otra persona.

Si bien lo mencionado anteriormente son conceptos importantes para establecer una adecuada comunicación con otro en terminos generales, sin embargo, esto se vuelve de mayor importancia para los cuidadores in-

formales, donde diariamente deben manejar una comunicación con su familiar a quien cuida, que por lo general este familiar esta pasando por momentos difíciles presentando comunicación no asertiva frente a su cuidador/cuidadora, de ahí la gran importancia de aprender a manejar una comunicación asertiva, empática y escucha activa por parte del cuidador.

La comunicación asertiva, empática y escucha activa son precisamente uno de los componentes en los que se sustenta el presente programa “*Trabajando Juntos en Colaboración*”.

Por lo que se ha seleccionado tres técnicas de comunicación asertiva de mayor utilidad para aplicar en el día día por parte de un o una cuidadora familiar: la técnica de parafraseo, la técnica de pedir ayuda y la técnica de decir NO.

3.1. Técnica de comunicación asertiva: parafraseo

El propósito de ésta es ayudar a la persona enferma a tomar consciencia de lo que se dice y ver una situación con más claridad. Supone escuchar con atención y descubrir los sentimientos que suele haber detrás de la historia que se cuenta, intentando captar tanto lo que quiere contar la otra persona enferma como lo que no dice, para posteriormente devolverlo reformulado.

El parafraseo se da a partir de repetir lo que dijo el otro, o sea, quien cuida repite con sus propias palabras lo que la otra persona (enfermo) dijo, lo cual ayuda a confirmar si se entendió bien lo que quiere transmitir El interlocutor, por eso es necesario repetir lo que dijo el otro en términos propios.

Para lograr lo anterior, debemos seguir las siguientes pautas:

Lámina 9. Técnica de parafraseo

Poner máxima atención a lo que dice la otra persona.

Ejemplo: Cuando la otra persona te está hablando, deja de hacer lo que estás haciendo y ponle atención.

Escuchar con la intención de entender. Es frecuente caer en el error de escuchar con la intención de responder.

Ejemplo: Espera, con calma, sin prisas, a que la otra persona termine de hablar, y sólo entonces podemos reformular lo que hemos escuchado activamente.

Capturar la esencia del mensaje.

Ejemplo: Cuando escuchamos a la otra persona, debemos concentrarnos en las palabras, pero, además en la expresión verbal, en la esencia de lo que la persona está expresando, en aquello que no dice.

Hacer un parafraseo más corto que el mensaje original. No hay necesidad de repetir todas las palabras. Es más efectiva una frase con tres palabras que todo un párrafo explicativo.

Ejemplo de parafraseo: Una abuela le dice a su nieto "Jamás volveré a caminar sola", a lo que el nieto puede responder "¿Jamás?". Con este simple parafraseo el nieto enfatiza la carga negativa puesta en la afirmación que ha hecho su abuela.

También puede provocar una reflexión en la abuela acerca de lo que ha hecho y animarle a que considere que lo que realmente siente con respecto a volver a caminar puede no ser tan extremo como muestra lo que ha planteado.

Usar la tercera persona en lugar de la primera persona.

De esta forma hay menos

Ejemplo: El mensaje fue... en vez de Su mensaje...

Fuente: F. Aspe Figueroa. (2021). La Paráfrasis Qué es y cómo parafrasear. PACE/UCSH. <http://vinculacion.ucsh.cl/wp-content/uploads/GUI%CC%81A-PACE-Para%CC%81frasis.pdf>

Tener presente lo siguiente:

No interpretar desde mi punto de vista lo que la otra persona está diciendo, mejor preguntar qué significa.

A continuación, leeremos un ejemplo de aplicación de la técnica de parafraseo.

3 *Ejemplo: De una persona que trabajaba como voluntaria en un hospital a quien las compañeras le pidieron que hablase con una enferma anciana.*

Compañeras voluntarias: —Ya le dijimos que no está tan enferma como cree, pero que se sentirá mejor si toma el medicamento. Lo único que hace

es quedarse sentada en su habitación todo el día repitiendo: “me quiero morir, me quiero morir”.

La voluntaria se acercó a la anciana y, tal como le habían anunciado las enfermeras, la encontró sentada murmurando una y otra vez “me quiero morir”. —Así que se quiere morir—le dijo en tono empático—.

La enferma anciana, sorprendida, interrumpió su cantinela y pareció más tranquila. Lo primero que dijo fue que allí nadie comprendía que se sentía muy mal.

La voluntaria continuó reflejando los sentimientos de la mujer. No pasó mucho tiempo antes de que en el diálogo que mantuvieron se filtrara calidez humana.

Aquel día, más tarde, las enfermeras quisieron saber qué fórmula había usado la voluntaria, ya que la anciana había vuelto a comer, tomaba la medicación y estaba de mejor humor.

A pesar de que las enfermeras habían querido ayudarla con sus consejos y palabras de consuelo, hasta que la anciana no habló con la voluntaria no recibió lo que necesitaba realmente: una conexión con otro ser humano capaz de comprender su profunda desesperación.

3.2. Técnica de comunicación asertiva:

pedir ayuda

10 Son muchas las personas a las que les cuesta pedir ayuda a los demás.

¿Es tu caso?, ¿Eres de las personas que intentan solucionar todo solas sin decir nada a nadie?

Uno de los principales motivos por los que las personas no piden ayuda o les cuesta hacerlo es por la falsa creencia de que pedir ayuda es sinónimo de debilidad. ¡No 10 más lejos de la realidad!

La realidad es que las personas no somos autosuficientes y, desde luego no 10 podemos hacer absolutamente todo por nosotros mismos. Las personas que avanzan, que crecen, que evolucionan y llegan lejos tienen siempre un denominador común: reconocen sus límites y piden ayuda.

A continuación, veamos algunas recomendaciones que te ayudarán a pedir ayuda.

Lámina 23. Técnica para pedir ayuda

1. Di lo que quieres: Expresa lo que quieres de forma clara, sin dar vueltas, con cariño y con respeto: "te agradecería si puedes ayudarme con el trabajo", "me haría muy feliz que me llames", "quiero un abrazo".
2. Dilo con seguridad: Date cuenta de lo importante que para ti es la ayuda de otra persona. Conecta con la emoción de tu deseo, y con esa convicción, y agradecimiento previo, exprésalo con confianza y respeto. Cree en ti y que lo mereces. Y dilo de la misma forma, también con agradecimiento, respeto y amor, por ti mismo, por la otra persona.
3. Confía: Confía en que la otra persona será honesta y sincera. No la juzgue y acepta su derecho y decisión a MENCIONAR sí, y también a MENCIONAR no.
4. Se generoso / generosa: Se generoso / generosa, ya sea para aceptar un "sí", un "no" o un "quizá" como respuesta. Agradece su respuesta, sea esta cual sea, y felicítate a ti mismo por el paso que acabas de dar de pedir ayuda. Sigue practicando más allá de las otras personas, y hazte un maestro en el arte de pedir ayuda a tus personas de confianza.

Fuente: Fundación Pascual Maragall. <https://blog.fpmaragall.org/consejos-para-pedir-ayuda>

3.3. Técnica de comunicación asertiva: saber decir NO

6 Pautas para saber decir "No".

Hay momentos en los que nuestros intereses se ponen en juego en relación con otro; situaciones familiares o laborales en las que a veces nos cuesta decir que no. Tu familiar a quien cuidas te pide un favor de última hora y que te quedes más tiempo, tu madre quiere estar en exceso contigo, tu hermana te pide constantemente que la lleves a algún sitio, tu amiga decide dónde ir en tu día libre, etc. Existen muchas situaciones ante las que no expresamos nuestra opinión como nos gustaría o no ponemos los límites necesarios.

Son estas situaciones en las que las personalidades con un estilo pasivo se sienten a veces utilizadas, agobiadas por anteponer a los otros antes que a ellos mismos.

En la historia de nuestras relaciones creamos roles de conducta, lo que hace que la otra persona espere de nosotros que nos comportemos como lo hemos venido haciendo. Es decir, tu familiar espera que te quedes, tu hermana que la acompañes como siempre y tu amiga que te parezca bien todo lo que te proponga.

Aprender a decir no en todas estas situaciones es un derecho y un ejercicio de autorespeto y autocuidado, es importante empezar a ponerlo en práctica si sientes que no lo sueles hacer.

Veamos algunas estrategias a considerar:

Lámina 37. Técnica Saber decir "No"

1. Libérate de ideas irracionales.

Muchas veces pensamos que al decir "NO" los demás pensarán mal de nosotros, nos da "miedo" generar un conflicto, así que mejor aceptamos algo que en realidad no deseamos. Debemos analizar nuestros pensamientos que nos llevan no decir "NO" cuando lo deseamos.

2. Date un tiempo para pensar

Procura no dar respuesta inmediata frente a una petición, acostúmbrate a darte un tiempo antes de responder inmediatamente.

3. Intenta ser breve, amable y claro/ clara

Decir de manera muy amable y procurar siempre poner lo que sentimos o lo que nos incomoda antes de decir "NO", procurar no anteponer explicaciones detalladas o justificaciones. Por ejemplo: "Lo siento mucho, pero estoy ocupada esta tarde". "Lo siento, pero no me es posible", "Comprendo que te vendría bien que te acercara, pero me es imposible a esa hora".

4. Técnica del sándwich

Decir algo positivo a la petición y luego decir "NO". Por ejemplo: "María, a mí también me encantaría salir a caminar durante las mañanas, pero esta semana ya la tengo agendada,

5. El disco rayado

Ésta se utiliza cuando la persona insiste. Consiste en repetir lo mismo todo el rato, sin dar más explicaciones y con mucha calma. Hay que tener cuidado de no mostrar desinterés. Por ejemplo: "María, lo siento mucho de verdad, pero te he dicho que esta semana la tengo complicada".

6. Entrena desde la imaginación

Podría ayudar mucho hacer una lista de situaciones frecuentes en las que no sabemos decir "NO", describirlas con detalle y analizar qué decimos, qué sentimos, cómo reaccionamos y ensayar cómo podríamos cambiar nuestra reacción cambiando lo que sentimos.

Fuente: <https://psicologiyamente.com/social/pautas-aprender-decir-no>

Se presenta a continuación la ubicación de cada técnica en las sesiones del programa. Igualmente se desarrollan en diferentes sesiones a fin que los participantes puedan ponerlas en práctica, evaluarlas y tomar decisiones en su uso.

Tabla 3.2. *Técnicas cognitivas*

Temas	Sesión							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Introducción al programa	V							
Proyecto de vida	V	V	V	V	V	V	V	V
Planes de autocuidado semanal	V	V	V	V	V	V	V	V
Procedimientos de higiene		V						
Técnica cognitiva (solución de problemas)		V						
Actividad física		V		V		V		V
Procedimientos de alimentación			V					
Técnica de comunicación asertiva: parafraseo			V					
Alimentación saludable			V		V		V	
Procedimientos de movilización				V				
Técnica cognitiva cómo entendemos ser cuidador				V				
Manejo de comportamientos difíciles I					V			
Técnica de comunicación asertiva: pedir ayuda					V			
Manejo de comportamientos difíciles II						V		
Técnica de cognitiva de negativo a positivo:						V		
Redes sociales de apoyo							V	
Técnica de comunicación asertiva: saber decir NO							V	
Cierre del programa								V
Técnica de cognitiva de reforzamiento de lo aprendido								V
Evaluación y Clausura								V

Fuente: Elaboración propia

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>
- 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>
- Real Academia Española. (2024). Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.8 en línea]. <https://dle.rae.es/asertivo>. [21 enero 2025].
- Van-der Hofstadt Román, C.J., Quiles Marcos, Y., y Quiles Sebastián, M. J. (2006). Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Consellería de Sanidad. <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf>

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

MARÍA GUADALUPE DÍAZ RENTERÍA¹

CARINA FLORES BARRIOS²

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.303.04>

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 tiene como propósito lograr nuevos hábitos saludables o reforzarlos no sólo a través de la información. Asimismo, se identifican los dos aspectos más importantes a modificar en el estilo de vida de un cuidador: 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).

Las intervenciones para el cambio de conducta (ICC) que han ido aumentando en los últimos años (Alcántara et al., 2015), sin embargo existe evidencia de que las estrategias más efectivas derivan del enfoque 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. Cabe destacar que uno de los propósitos del programa es 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.

4.1. *Un cuidador bien alimentado ofrece mejores cuidados*

Una de las consecuencias de ejercer el rol de cuidador es que nos olvidamos incluso de comer sanamente. Una alimentación saludable proporciona la energía necesaria para cuidar a alguien y además contribuye a mejorar la calidad de vida. Entre los beneficios de una buena alimentación se encuentran:

1. Ayuda a mantener un peso saludable
2. Nuestro cuerpo funciona mejor.
3. Reduce el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como la obesidad, diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer
4. Nuestro cuerpo se vuelve resistente a las infecciones, lo cual disminuye el riesgo de enfermedad (Alvidrez, 2006).

Algunos consejos para que un cuidador mejore su alimentación son:

- Utilice el plato del bien comer, y si es necesario, solicite ayuda a un profesional que le ayude a alimentarse sanamente
- Planifique la preparación de comidas ya que el ejercer el rol de cuidador requiere planificar y organizar actividades.
- Prepare sus comidas y las de su familiar al mismo tiempo, de esta forma optimiza su tiempo.
- Realice una lista de los alimentos y víveres que requiere comprar.
- Tenga a la mano verduras y frutas preparadas para realizar sus colaciones.
- Solicite ayuda a sus familiares en la preparación y compra de alimentos.

4.2. Un cuidador fuerte y ágil, puede ofrecer mejores cuidados

Para cuidar a otra persona de manera adecuada, se debe estar en buen estado de salud, por lo tanto, los cuidadores deben cuidar su cuerpo y su mente. El realizar alguna actividad física al menos durante 30 minutos diarios, es fundamental para conservar al cuerpo sano. Además, realizar algunos ejercicios de resistencia, fuerza y flexibilidad, le ayudaran a realizar los movimientos que a veces el rol de cuidador demanda.

Algunos de los consejos para mantener su cuerpo saludable:

- No permanezca de pie o sentado por mucho tiempo. Camine por lo menos cinco minutos cada dos horas para favorecer la circulación de la sangre.
- Utilice ropa holgada y cómoda, de preferencia de algodón, y calzado confortable cuando está a cargo de la persona cuidada.
- Organice el tiempo de cuidado con la familia, es necesario que los cuidadores tengan tiempos para descansar y distraerse. Además, permanecer mucho tiempo en un lugar y realizando la misma actividad aumenta la tensión sobre los músculos, lo que favorece una mala postura y, eventualmente, lesiones en músculos y huesos. »
- Cuide su espalda. Cuando sea necesario cargar a la persona enferma, separe los pies y doble las rodillas. De preferencia solicite ayuda a otra persona.
- Respire profundamente para oxigenar su cuerpo y aclarar su mente.
- Antes de comenzar sus actividades de cuidador, realice estiramientos. Estirar los músculos mejora el movimiento y disminuye la probabilidad de p¹³entar contracturas.
- Verifique que no haya objetos como cables o tapetes, ya que pueden representar un peligro su seguridad y la de la persona bajo su cuidado.
- Cuide que su área de trabajo tenga suficiente espacio para manio-
l¹³ar con su paciente. »
- Su paciente debe estar a una altura en la que usted no tenga que agacharse para atenderlo. Si no es posible, utilice un banco para sentarse.
- Mantenga su arreglo y su higiene personal. »

- Realice actividad física, es recomendable entre 30 minutos y una hora al día. Puede ser partida en varios momentos durante el día o en una sola sesión. Haga el ejercicio que más le guste (bailar, caminar o correr) y que se adapte a las condiciones del sitio en donde se encuentre (Rivera & Domínguez, 2006).

Se describe los contenidos de este capítulo en las sesiones del programa:

Tabla 4.1. Actividad física y alimentación

Temas	Sesión							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Introducción al programa	V							
Proyecto de vida	V	V	V	V	V	V	V	V
Planes de autocuidado semanal	V	V	V	V	V	V	V	V
Procedimientos de higiene		V						
Técnica cognitiva (solución de problemas)		V						
Actividad física		V		V		V		V
Procedimientos de alimentación			V					
Técnica de comunicación asertiva: parafraseo			V					
Alimentación saludable			V		V		V	
Procedimientos de movilización				V				
Técnica cognitiva cómo entendemos ser cuidador				V				
Manejo de comportamientos difíciles I					V			
Técnica de comunicación asertiva: pedir ayuda					V			
Manejo de comportamientos difíciles II						V		
Técnica de cognitiva de negativo a positivo:						V		
Redes sociales de apoyo							V	
Técnica de comunicación asertiva: saber decir NO							V	

Cierre del programa								V
Técnica de cognitiva de reforzamiento de lo aprendido								V
Evaluación y Clausura								V

Fuente: elaboración propia.

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>
- Alvidrez, O. M. M. (2016). Una persona bien alimentada puede dar buenos cuidados. Gómez, M. B.D. & López-García, A. (Ed.), En Manual de apoyo para personas que brindan cuidados a otras (pp. 15-21). Médica Sur.
- 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.unilibre.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.smr.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/oxford-hb9780199935291-e-21?print=pdf

- Rivera, M. G. & Domínguez, L. A. V. (2016). Poniendo el cuerpo en movimiento recomendaciones para ejercitarse. En Manual de apoyo para personas que brindan cuidado a otras (pp. 23–31). Gómez, M. B. D. & López-García, A. (Ed.) Médica Sur.
- 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

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.303.05>

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 pre-

¹ Maestría en Gestión Pública. Ministerio de Salud – Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – Etapa del Adulto Mayor – Pe 30. 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>

ventiva como de soporte, sobre todo para satisfacer estas necesidades básicas en personas dependientes.

En el presente Programa se busca los siguientes objetivos:

- Conocer procedimiento de higiene básicos y su forma de aplicación según la necesidad identificada, aplicando los elementos teóricos del programa (Técnica cognitiva, Técnica de comunicación)
- Distinguir procedimientos de alimentación básicos y su forma de aplicación según la necesidad identificada, aplicando los elementos teóricos del programa (Técnica cognitiva, Técnica de comunicación)
- Demuestre los procedimientos básicos de movilización en la satisfacción de las necesidades de la persona ciudad.

A través del logro de estos objetivos se pretende fortalecer una de las características del automanejo en los Cuidadores familiares : Conocer aspectos del cuidado: procedimentales (tratamiento médico, higiene, alimentación, movilización), emocionales (cambio de comportamientos, situaciones difíciles, depresión), incrementando así la autoeficacia del cuidador/cuidadora en realizar los cuidados en casa, disminuyendo sus niveles de sobrecarga. (López Gil & col, 2009; Llumipanta Cuichan, 2017; Romero & col, 2024)

5.1. Procedimiento de ⁴higiene

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

28

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

24

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 (debilidad muscular)
- Pérdida de la masa muscular
- Contracturas musculares
- Distrofia y atrofia muscular (debilidad muscular, pérdida de tejido 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.

Este contenido de procedimientos se realiza en las siguientes sesiones del Programa:

Tabla 4.2. *Procedimientos higiene, alimentación y movilización*

<i>Temas</i>	<i>Sesión</i>							
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>
Introducción al programa	V							
Proyecto de vida	V	V	V	V	V	V	V	V
Planes de autocuidado semanal	V	V	V	V	V	V	V	V
Procedimientos de higiene		V						
Técnica cognitiva (solución de problemas)		V						
Actividad física		V		V		V		V
Procedimientos de alimentación			V					
Técnica de comunicación asertiva: parafraseo			V					
Alimentación saludable			V		V		V	
Procedimientos de movilización				V				
Técnica cognitiva cómo entendemos ser cuidador				V				
Manejo de comportamientos difíciles I					V			
Técnica de comunicación asertiva: pedir ayuda					V			
Manejo de comportamientos difíciles II						V		
Técnica de cognitiva de negativo a positivo:						V		
Redes sociales de apoyo							V	
Técnica de comunicación asertiva: saber decir NO							V	
Cierre del programa								V
Técnica de cognitiva de reforzamiento de lo aprendido								V
Evaluación y Clausura								V

Fuente: elaboración propia

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>

Romero J., Ramos W., Hernández Bedoya C., Ramírez H. Sobrecarga del cuidador informal en paciente con enfermedades crónicas, en un prestador primario de salud, montería-córdoba. *Ciencia Latina* Mayo-Junio 2024. Vol. 8. Nro. 3. DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.11509

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

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.303.06>

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

¹ Doctorado en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería de Veracruz, Universidad Veracruzana.  <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>

puede resultar en problemas de salud física, mental y social para los cuidadores; sin embargo, este impacto se agrava cuando la persona cuidada presenta 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

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>).

en el presente manual. Es por ello que al promover el automanejo de los cuidadores debemos hacer hincapié en estos componentes.

Los contenidos se desarrollan en las siguientes sesiones del Programa

Tabla 6.1. Manejo comportamientos difíciles I y II

Temas	Sesión							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Introducción al programa	V							
Proyecto de vida	V	V	V	V	V	V	V	V
Planes de autocuidado semanal	V	V	V	V	V	V	V	V
Procedimientos de higiene		V						
Técnica cognitiva (solución de problemas)		V						
Actividad física		V		V		V		V
Procedimientos de alimentación			V					
Técnica de comunicación asertiva: parafraseo			V					
Alimentación saludable			V		V		V	
Procedimientos de movilización				V				
Técnica cognitiva cómo entendemos ser cuidador				V				
Manejo de comportamientos difíciles I					V			
Técnica de comunicación asertiva: pedir ayuda					V			
Manejo de comportamientos difíciles II						V		
Técnica de cognitiva de negativo a positivo:						V		
Redes sociales de apoyo							V	
Técnica de comunicación asertiva: saber decir NO							V	
Cierre del programa								V
Técnica de cognitiva de reforzamiento de lo aprendido								V

Evaluación y Clausura								V
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	---

Referencias

- Arévalo-Flechas, L. (s. f.). Estrategias para manejar conductas difíciles. *AARP Foundation*. <https://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/expertos/Lyda-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-comportamientos-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

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.303.07>

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. Así mismo se describe el proceso del duelo y las características a tener en cuenta en este proceso de duelo de los cuidadores familiares.

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

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).

20

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>

8

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).

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.

1

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 (Barrera-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).

31

8

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,

8

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

1

La red social: Se refiere a los individuos o grupos de individuos disponibles para brindar cualquier tipo de ayuda al sujeto.

La interacción social: Es la frecuencia y calidad de las interacciones del sujeto con su red.

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.

El soporte instrumental: Son los servicios concretos y observables que la red social suministra al sujeto.

Fuente: Struk, Moss (2009).

1

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).

1

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)

La transformación digital es una realidad. Afecta a los procesos de las organizaciones y también desarrolla servicios para los usuarios. Siendo ahora considerado uno de los determinantes digitales en salud. (Alarcón et al., 2024). Diversos estudios de sistematización sugirieron que las intervenciones digitales, utilizando plataformas en línea y aplicaciones digitales, tienen el potencial de reducir los síntomas de depresión y ansiedad, con tamaños de efecto moderados a grandes, y mejorar la calidad de vida de los cuidadores, especialmente en enfoques basados en los principios de la terapia cognitivo-conductual. También se demostró que las intervenciones promueven mejoras en la resiliencia. (Dos Santos, 2024). Así mismo mejora la calidad de vida en las personas crónicas, facilita el autocuidado y mejora la comunicación con los profesionales de la salud (Naranjo, 2024; Monasor et al., 2024)

En este mismo capítulo de redes sociales, se incorpora el tema del manejo del duelo por parte de los cuidadores familiares, dado su importancia para afrontar este proceso. Se define el duelo en términos amplios como la situación objetiva que un individuo enfrenta después de haber perdido a una persona importante debido a su muerte (Sadock et al., 2007). El duelo supone una reacción adaptativa ante la muerte de un ser querido, que obliga al sujeto afectado a plantearse su propia muerte y a rehacer su vida; se manifiesta con síntomas físicos o somáticos como hiporexia, insomnio y síntomas psicológicos como sueños, tristeza, ansiedad, anhelo y rabia. Durante el duelo se describen periodos cortos (20 a 30 minutos), pero muy

intensos de sufrimiento, que se denominan estallidos de aflicción y cuya intensidad está supeditada a la intensidad del lazo afectivo y a las circunstancias de la pérdida, que deben hacerse menos frecuentes e intensas conforme pasa el tiempo (Echeburúa y Corral, 2001)

Etimológicamente, la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor, desafío o combate entre dos, mientras luto proviene de *lugere* que quiere decir llorar. En nuestro medio, duelo y luto suelen ser empleadas como sinónimos, aunque en realidad, duelo hace referencia a los sentimientos subjetivos y reacciones afectivas provocados por la muerte de un ser querido, mientras luto se referirá a la expresión social del comportamiento y a las prácticas posteriores a la pérdida (Bermejo, 2024).

En este contexto, ante una enfermedad grave, los familiares tienden a experimentar el proceso de duelo anticipado ante la posibilidad de perder a su ser querido. Este proceso se inicia cuando se empieza a tomar conciencia de la muerte de la persona, aun cuando existan periodos de negación ante tal posibilidad (Reis et al., 2024). En este sentido, esto provoca en los familiares una variedad de emociones y sentimientos que se asemejan a los del duelo post mortem, como sufrimiento, ansiedad, ira, culpa y soledad (Worden, 2013). En vista de ello, las redes sociales significativas pueden favorecer esta experiencia, al proporcionar una sensación de compartir y reducir el estrés relacionado con eventos vitales como las enfermedades crónicas y el proceso de final de la vida. Según Sluzki (1997), Las redes sociales significativas se refieren al grupo de personas que el individuo considera importantes en su universo relacional, como por ejemplo la familia, los amigos, las personas de la comunidad, los compañeros de trabajo y/o estudio y los profesionales de servicios de salud. Estos últimos, junto con otros miembros de la red de apoyo institucional y de las organizaciones formales, se consideran aquí componentes de la red de apoyo social, que desarrolla funciones tanto emocionales como materiales. Así, se entiende que la importancia de las redes también puede ser considerada durante la vivencia del duelo anticipatorio, dado el respaldo de otras investigaciones, como la de Rogalla (2018). Sus hallazgos destacaron la relación entre el crecimiento personal (capacidad de adaptarse mejor, volverse resiliente y comprensivo) y el apoyo social, mientras que buscar y tener acceso a este apoyo se asoció con el crecimiento personal del familiar. Por otra parte, el

estudio de Burke et al. (2015) destacaron que la falta de apoyo estaba relacionada con dificultades para procesar el duelo anticipatorio. ²

Con relación a las etapas del duelo, estudio reciente han desarrollado la propuesta psicológica cognitiva que organiza la respuesta psicológica en cuatro estadios: fase de adormecimiento emocional o incredulidad o etapa de choque, caracterizada por una percepción de parálisis o de que nada ha sucedido, en la que se experimenta pena y dolor; la fase de dificultad de separación o anhelo, marcada por el deseo de encontrar de nuevo a la persona y que puede acompañarse de irritabilidad y autorreproche; la fase de depresión, en la que se va tomando conciencia de la realidad e irreversibilidad, por lo cual se produce la mayor tristeza e incluso falta de ilusión por la vida, y la fase de recuperación o aceptación, en la que se inician procesos de reorganización del funcionamiento de la vida a pesar de la pérdida y el establecimiento de nuevos vínculos ² (Cabodevilla, 2007). Un estudio realizado por la Universidad de Yale, evaluó los patrones normales para el procesamiento del duelo por muerte natural y encontró datos en contra de la teoría de las etapas de duelo clásicas. Se evidenció un alto porcentaje de la población con niveles altos de aceptación incluso al mes del fallecimiento de su ser querido y un mayor grado de aceptación en aquellos casos en los que se había considerado un diagnóstico de enfermedad terminal dentro de los seis meses anteriores al fallecimiento, lo que sugiere que la conciencia del pronóstico tiene un efecto favorecedor en la aceptación de la muerte (Majewski, 2007) ²

Es importante resaltar la diferencia entre un proceso de duelo normal y anormal, dado que las manifestaciones negativas del duelo no deben sobrepasar a los tres meses y se consideraría que aquellas personas que presentan dichos síntomas de forma persistente mayor a los 6 meses se desvían de la curva normal y estarían cursando un desorden de aflicción prolongada el cual se caracteriza por:

- enlentecimiento psicomotor;
- deterioro funcional en el que se evidencia que no se puede desempeñar bien en las actividades cotidianas;
- ² tener sentimientos desproporcionados en los que se incluye la culpa; pensamientos recurrentes sobre la muerte;

- preocupación obsesiva acerca de no ser capaz de rehacer la vida;
- consumo de alcohol o sustancias psicoactivas. (Rojas y Quevedo, 2025)

Uno de los temas con mayor abordaje en las revisiones encontradas está relacionada con el duelo en los cuidadores familiares, la literatura reportó algunos factores que precipitan un duelo complicado como las deficiencias en el cuidado paliativo debido a la mala comunicación entre el cuidador y los profesionales y la insatisfacción por el apoyo social recibido. La misma literatura también reporta aquellos factores que promueven la resolución del duelo como la espiritualidad, mantener el vínculo con el niño fallecido y un ambiente social adecuado (Montgomery et al., 2016; Rosenberg et al., 2012). Como consecuencia de una mala preparación para el duelo, la pérdida del familiar puede llevar al cuidador familiar a experimentar trastornos mentales hasta intentos suicidas, por ello es importante la preparación anticipada, incluso desde el diagnóstico del familiar, donde se fortalezcan los vínculos y el cuidador se enfrente adecuadamente al reto de construir un nuevo sentido de vida (Carreño et al., 2017).

Sumado a esto, se encontró un estudio que identificó los aspectos emocionales derivados de la experiencia del duelo del cuidador. En este se resaltan sus vivencias, cuidador como la sensación de sufrimiento frecuente luego de la pérdida del familiar; sin embargo, esta experiencia es un camino para encontrar sentido a la vida, especialmente cuando se sienten necesitados por los demás, por cuanto el apoyo ante la pérdida y la construcción de la espiritualidad relacionada con un ser superior, son indispensables en el duelo de estos cuidadores (Carreño et al., 2017).

Existe una amplia gama de estudios que han investigado el impacto de ser cuidador de familiares con padecimientos crónicos de largo tiempo, en el bienestar psicológico y emocional (Bezerra de Araújo et al., 2013; Doula-vince et al., 2013) así como el proceso de elaboración del duelo de estos cuidadores (Ferraz de Arruda-Colli et al., 2015; Carreño et al., 2017). Un estudio realizado por López et al., 2019, obtuvieron tres categorías a partir del análisis de los relatos en cuidadores familiares: el vacío en el postcuidar, el fin del tiempo como cuidador y la transición hacia una nueva vida. Todos los informantes mencionan un vacío, marcado por el aumento del tiempo

libre y la pérdida de sentido de su vida. Por lo que el apoyo de los profesionales es esencial.

Presentamos a continuación las etapas de este proceso de duelo, que como vimos anteriormente puede tener variaciones, que para el caso de cuidadores familiares estas podría variar dependiendo principalmente de la cercanía y duración en su rol como cuidador/cuidadora, sin embargo, es aún un tema con poca evidencia científica que requiriera mayores investigaciones.

Fases del duelo

Dentro de las múltiples clasificaciones consideramos las siguientes:

23

Fase de shock y negación: Predomina la negación y el aturdimiento; se producen intensos sentimientos de separación y una amplia variedad de comportamientos (añoranza, protesta, labilidad...)

Fase de angustia aguda y aislamiento:

1

1. Sufrimiento somático agudo, que sucede en salvas (waves) con una duración entre 20 minutos y una hora, que se manifiesta como dis-fagia, ahogo, sensación de plenitud, debilidad, cefalea, flacidez... En ocasiones estas sensaciones suceden cuando la persona recibe visitas de allegados por lo que el alejamiento de estos es común.
2. Pensamientos recurrentes relacionados con la persona fallecida.
3. Sentimientos de culpa.
4. Angustia y enfado dirigidos contra ellos mismos, la persona fallecida, familiares, amigos, conocidos, médicos, contra el mundo y en el caso de profesar alguna creencia contra Dios.
5. Dificultad para descansar, inquietud, falta de motivación acompañan al abandono de sus comportamientos y rutinas habituales.
6. Identificación con el fallecido, adopción de sus comportamientos y actitudes (sobre todo aquellos presentes al final de la enfermedad). Esta fase aguda puede durar semanas o meses dando paso de manera gradual a un reordenamiento o mejora y a la posibilidad de seguir adelante.

Fase de reorganización: el deudo asume el verdadero significado de la pérdida y su extensión, marcando el comienzo de esta nueva etapa en la que recupera su vida previa: vuelve al trabajo, asume sus roles anteriores y adquiere nuevos si es necesario, se relaciona de nuevo... ().

Tabla 7.2. ¹ Manifestaciones normales del duelo en adultos.

<i>Fisiológicas</i>	<i>Conductuales</i>	<i>Afectivas</i>	<i>Cognitivas</i>
• Aumento de la Morbimortalidad • Vacío en el estómago • Opresión en el pecho y garganta • Hipersensibilidad al ruido • Sensación de despersonalización • Falta de aire • Palpitaciones • Debilidad muscular • Falta de energía • Dolor de cabeza y sequedad de boca	• Trastornos del sueño y alimentarios • Conducta distraída • Aislamiento social • Soñar con el fallecido • Llorar y/o suspirar • Buscar y llamar en voz alta • Evitar recordatorios • ¹² llevar y atesorar objetos • Visitar lugares que frecuentaba el fallecido • Hiper-hipo actividad	• Tristeza, apatía, abatimiento, angustia • Ira, frustración y enfado • Culpa y autorreproche • Ansiedad • Soledad, abandono • Emancipación y/o alivio fugaces y breves • Fatiga • Impotencia e indefensión • atención y memoria • Shock • Anhelo • Insensibilidad	• Incredulidad/ Irrealidad • Confusión • Preocupación • Sentido de presencia • Alucinaciones (visuales y/o auditivas) • Dificultades de concentración, • Pensamientos e imágenes recurrentes • Obsesión por recuperar la pérdida • Distorsiones cognitivas

El Desarrollo de este contenido se realiza en las siguientes sesiones del programa

Tabla 7.3. *Redes sociales de apoyo*

Temas	Sesión							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Introducción al programa	V							
Proyecto de vida	V	V	V	V	V	V	V	V
Planes de autocuidado semanal	V	V	V	V	V	V	V	V
Procedimientos de higiene		V						
Técnica cognitiva (solución de problemas)		V						
Actividad física		V		V		V		V
Procedimientos de alimentación			V					
Técnica de comunicación asertiva: parafraseo			V					
Alimentación saludable			V		V		V	
Procedimientos de movilización				V				
Técnica cognitiva cómo entendemos ser cuidador				V				
Manejo de comportamientos difíciles I					V			
Técnica de comunicación asertiva: pedir ayuda					V			
Manejo de comportamientos difíciles II						V		
Técnica de cognitiva de negativo a positivo:						V		
Redes sociales de apoyo/ manejo del duelo							V	
Técnica de comunicación asertiva: saber decir NO							V	
Cierre del programa								V
Técnica de cognitiva de reforzamiento de lo aprendido								V
Evaluación y Clausura								V

Fuente: elaboración propia

Referencias

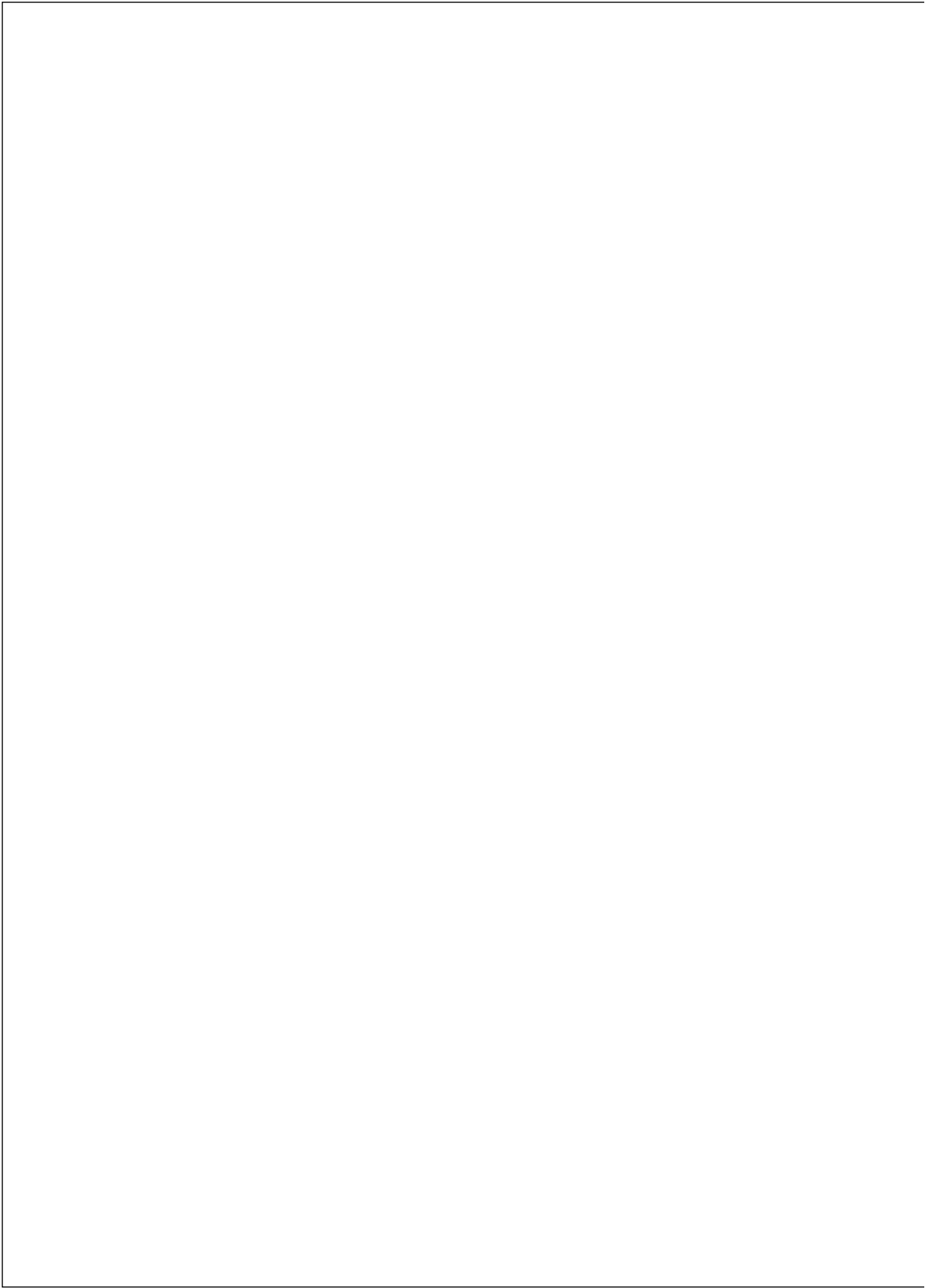
- Barrera-Ortiz, L., Pinto-Afanador, N., y Sánchez-Herrera, B. (2006). Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Revista de Salud Pública*, 8(2), 141-152. <https://www.redalyc.org/pdf/422/42280202.pdf>
- Barrera, L., Pinto, N., y Sánchez, B. (2008). 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>
- Bezerra de Araújo PC, Cruz Danta MM, de Moraes Lopes SS, Moraes D, Barbosa de Oliveira LC, Chaves Maia EM. (2013). Os impactos na vida dos cuidadores de criança com câncer: Uma revisão de literatura. *Perspect Psicol.* 2013;10(4):1-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483549015002> [Links]
- Burke, L. A., Clark, K. A., Ali, K. S., Gibson, B. W., Smigelsky, M. A., & Neimeyer, R. A. (2015). Risk factors for anticipatory grief in family members of terminally ill veterans receiving palliative care services. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 11(3-4), 244-266. doi: 10.1080/15524256.2015.11110071
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 163-176. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es.
- Carreño Moreno S, Chaparro Díaz L, López Rangel R. (2017). Encontrar

- sentido para continuar viviendo el reto al perder un hijo por cáncer infantil: revisión integrativa. *Pers Bioet.* 2017;21(1):46-61. DOI: 10.5294/pebi.2017.21.1.4 <https://doi.org/10.5294/PEBI.2017.21.1.4>
- 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>
- Dos Santos, M. I. M. (2024). Eficácia de Intervenções Digitais no Ajustamento Psicossocial de Cuidadores Familiares em Oncologia Pediátrica: Uma Revisão Sistemática (Master's thesis, Universidade Portuguesa (Portugal)).
- Doulavince D, Pimentel Gomes I, Pereira da Silva A, Collet N. (2013). Repercusión del cáncer infantil a los cuidadores familiares: revisión integradora. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(2):267-270. DOI: 10.1590/S0034-71672013000200017. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200017>
- Echeburúa E, Corral P. (2001). El duelo normal y duelo patológico [Internet]. En: Astudillo W, Clavé E, Urdaneta E (editores). *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. San Sebastián. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2001 [consultado el 30 de abril de 2020]. Disponible en: <https://rb.gy/p4z0wt>
- Ferraz de Arruda-Colli MN, Perina EM, Mendonça RMH, dos Santos MA. (2015). Intervención psicológica con familiares de luto en oncología pediátrica: revisión de literatura. *Psicol Teor Prat.* 2015;17(2):20-35. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000200002
- 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. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100003>
- Giraldo Montoya, D. I., Zuluaga Machado, S., Uribe Gómez, V. (2018). So-

- brecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia
<https://doi.org/10.18566/medupb.v37n2.a02>
- López Mora, G., Berbís Morelló, C., Martínez Segura, E., Montesó Curto, P., & Ferré Grau, C. (2019). Reconstrucción de la vida cotidiana de los postcuidadores familiares: afrontando el duelo del cuidador. *Index de Enfermería*, 28(3), 105-109.
- Maciejewski PK, Zhang B, Block SD, et al. (2207). An empirical examination of the stage theory of grief. *J Am Med Assoc*. 2007;297(7):716-23.
- Monasor D., Mira J., Ríos A. Análisis de habilidades y percepciones sobre mHealth en el manejo de pacientes crónicos por profesionales de atención primaria. (2024). *Atención Primaria*, Volume 57, Issue 2, 2025,103142,ISSN 0212-6567, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103142>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656724002841>)
- Montgomery K, Sawin KJ, Hendricks-Ferguson VL. (2016). Experiences of Pediatric Oncology Patients and Their Parents at End of Life: A Systematic Review. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2016;33(2):85-104. DOI: 10.1177/1043454215589715
- Naranjo Rojas Anisbed (2024). Diseño y evaluación de la eficacia de una plataforma de salud digital para el monitoreo del estado clínico de pacientes con oxígeno domiciliario. Ensayo clínico aleatorizado. Tesis doctoral. Edita: UCOPress. 2024 Campus de Rabanales Ctra. Nacional IV, Km. 396 A 14071 Córdoba <https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/ucopress@uco.es>
- 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>
- Reis, C. G. D. C. D., Moré, C. L. O. O., Menezes, M., & Krenkel, S. (2024). Redes sociales significativas en el proceso de duelo anticipatorio de los cuidadores familiares, en el contexto de los cuidados paliativos. *Psicología USP*, 35, e220030

- Rojas, L. A., & Quevedo, E. A. A. (2025). SOPORTE ONCOLÓGICO: UN ELEMENTO FUNDAMENTAL EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON CÁNCER. Editor principal, 1.
- Rogalla, K. B. (2018). Anticipatory grief, proactive coping, social support, and growth: Exploring positive experiences of preparing for loss. *Journal of Death and Dying*, 81(1), 107-129. doi: 10.1177/0030222818761461
- Rosenberg AR, Baker KS, Syrjala K, Wolfe J. (2012). Systematic Review of Psychosocial Morbidities Among Bereaved Parents of Children With Cancer.
- Sadock B, Sadock V, Kaplan H. (2007). Human development throughout the life cycle. En: Sadock VA, Sadock BJ (editores). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10.a edición. Filadelfia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2007. p. 64-68.
- 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>
- Sluzki, C. E. (1997). A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- 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.
- Worden, J. W. (2013). Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto: um manual para profissionais da saúde mental (A. Zilberman, L. Bertuzzi, S. Smidt, Trad., 4a ed.). São Paulo, SP: Roca

**MANUAL DEL FACILITADOR
PARA IMPLEMENTAR EL PROGRAMA
“TRABAJANDO JUNTOS EN COLABORACIÓN”**



Indicaciones para el uso de este manual

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.303.08>

Lo escrito en negrita puede ser leído textualmente, o bien, puede parafrasearse teniendo cuidado de no cambiar las ideas centrales expresadas en el párrafo.

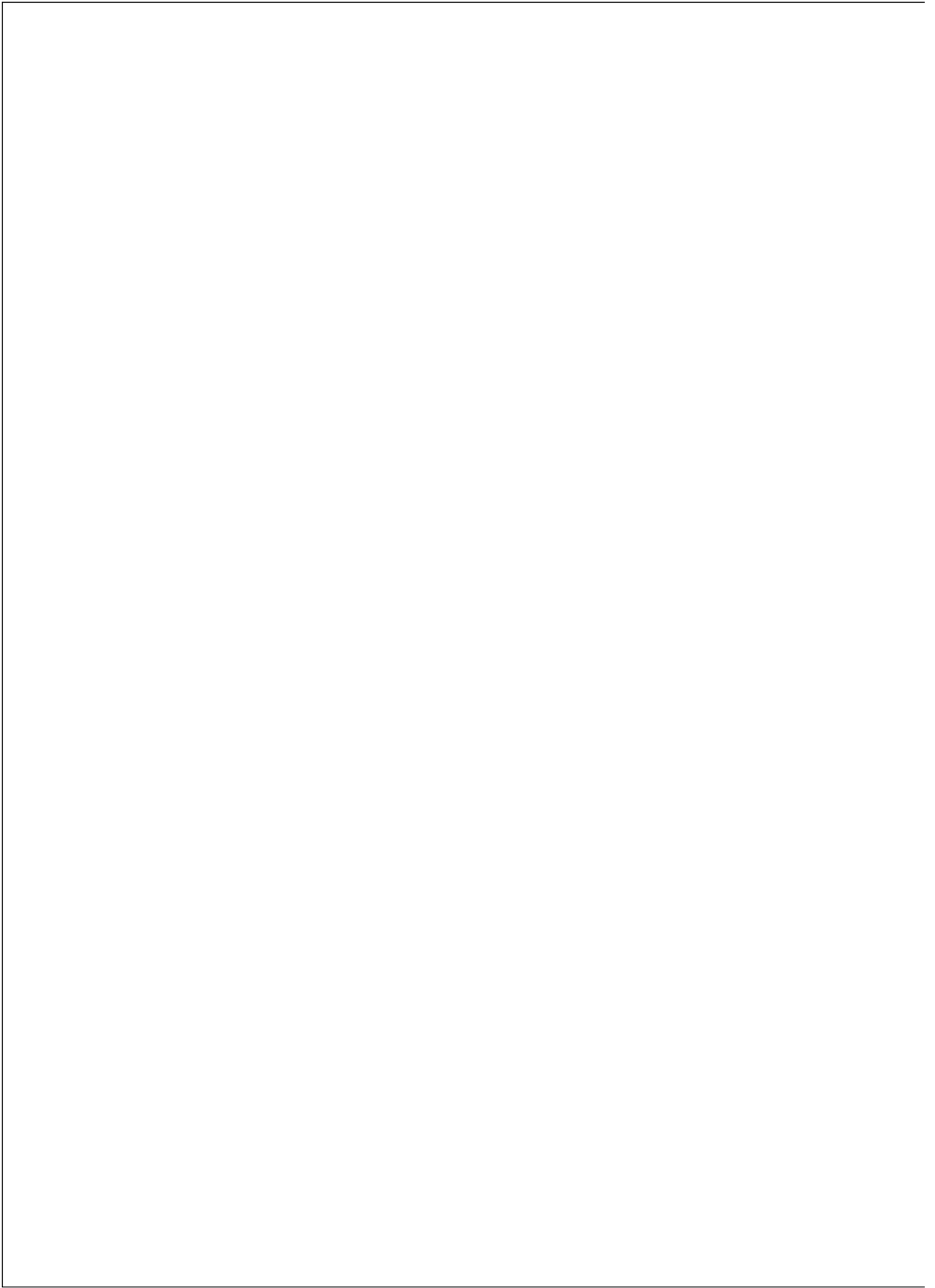
Los siguientes símbolos indican realizar las técnicas de:

1. Lluvia de ideas 
2. Trabajo de grupo 
3. Se colocará en un recuadro todo lo que sea indicaciones 

La presente guía debe ser utilizada para el desarrollo del Programa “Trabajando juntos en colaboración”, se deben seguir las instrucciones descritas, así como los procesos sugeridos a fin de garantizar la fidelidad del programa.

Sólo será utilizada por el facilitador previamente entrenado por el equipo de la Red de Automanejo de Enfermedades Crónicas.

Lo que está en negrita debe ser leído textualmente.



Sesión 1. Bienvenida y presentación del programa

Competencias

Al término del entrenamiento los participantes serán capaces de:

- Proponer un proyecto de vida con metas a mediano plazo en su vida personal, como resultado final del programa.
- Diseñar correctamente planes semanales de autocuidado presentándolos durante el transcurso del programa

<i>Actividades / Contenidos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Material</i>
1.1. Bienvenida y presentaciones	15'	Copia Lámina 2
1.2. Presentar el programa "Trabajando juntos en colaboración"	10'	
1.3. Proponerse un programa de vida con metas a mediano plazo en su vida personal durante el programa	30'	
1.4. Receso	15'	
1.5. Elaborar planes de autocuidado semanales a desarrollar durante el programa	30'	
1.6. Cierre de la sesión	5'	

1.1. Bienvenida y presentaciones

Una vez que los participantes han realizado sus registros de asistencia y se ha distribuido material de escritorio (lápiz, papel) se les da la bienvenida al programa "Trabajando juntos en colaboración".



Dar una información sobre la parte legal del programa. Explicar brevemente:



Mencionar:

Este programa ha sido realizado por un equipo de profesionales miembros de la Red de Automanejo de Enfermedades Crónicas, que pertenecen a diferentes Instituciones de México y Perú.

Este equipo de profesionales ha venido trabajando desde hace algunos años con programas que promueven el automanejo en personas con enfermedades crónicas y cuidadores familiares como ustedes, lo que ha permitido identificar los problemas que los cuidadores enfrentan día a día al desempeñar su rol de cuidador, basado en ello se ha elaborado el contenido de este programa.

Presentaciones

La presentación debe ser breve. Hacer hincapié antes de iniciar las presentaciones. Vamos a presentarnos, empezar por los facilitadores:



- Nombre (no es necesario MENCIONAR el apellido)
- Tiempo de ser cuidador o cuidadora
- Mencionar uno o dos problemas personales actualmente como cuidador

Si los facilitadores no son cuidadores asumir el rol de un cuidador de los que haya conocido.



Uno de los facilitadores debe escribir en un pizarra las participaciones. Al terminar las presentaciones el facilitador debe leer lo escrito en la pizarra.



Una vez concluida la presentación de ambos facilitadores, pedir la presentación de los participantes, pidiendo a un voluntario y luego, a partir, de ahí seguir en dirección de las agujas de un reloj.



Recordarle cómo se debe hacer la presentación:

- **Nombre**
- **Tiempo de ser cuidador o cuidadora**
- **Uno o dos problemas personales actualmente**

Comentar:

Sobre los problemas descritos, señalando que muchos de ellos se repiten, indicando que muchos problemas son comunes en las personas que se dedican a dar cuidados a un familiar, así como problemas personales al cuidar a su familiar. En este programa, vamos a desarrollar habilidades para auto manejar estos problemas, para cuidarnos a nosotros mismos, así como habilidades para cuidar.

1.2. Presentar el programa “Trabajando juntos en colaboración”

Mencionar:

En este programa nos vamos a centrar principalmente en el desarrollo de habilidades para autocuidarnos mejor a nosotros mismos y cuidar mejor a nuestro familiar. Lo más importante será la participación de cada uno de nosotros, compartiendo nuestras experiencias durante todo el programa.

Vamos a describir brevemente qué esperamos alcanzar al término del programa, esto es, describiremos las características del comportamiento de un buen automanejo en un cuidador:

Describir las características de automanejo en un cuidador/ cuidadora:

Lámina 1. Características de un buen automanejo en un cuidador

1. Tener una meta a largo plazo (proyecto de vida personal), así como un plan de autocuidados semanal.

Cuando un miembro de una familia enferma se generan, tanto en ella como en quien asume el rol del cuidado, sentimientos de incertidumbre, pues son muchas las preguntas 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 nuestra vida, por lo que es muy importante retomar la rienda de nuestra vida con proyectos personales y con planes de cuidado de nosotros mismos.

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

Diversos estudios han mostrado la relación positiva que existe entre el apoyo social y el automanejo, tanto en cuidadores como en personas con enfermedades crónicas. Por lo tanto, la capacidad de los cuidadores para 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 el apoyo en el mismo.

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

- **Físicos:** Dolor por inadecuados movimientos físicos, problemas para dormir, no comer a la hora o problemas de horario, alimentación inadecuada.
- **Emocionales:** Depresión, frustración, irritabilidad, despersonalización, dejar de tener su propio proyecto de vida.
- **Sociales:** Aislamiento, dejar su red social acostumbrada, no tener su 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 es tal vez de los aspectos más documentados respecto a los cuidadores.

4. Disponer de un adecuado estilo de vida para evitar implementar comportamientos que no promuevan la salud (actividad física programada, alimentación adecuada, horario de sueño, no 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, la 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 el inadecuado manejo corporal, técnicas de asistencia higiénica y manejo de las situaciones de crisis en el cuidado, capacitación para los aspectos básicos del cuidar como manejo de la mecánica.

Fuente: Elaboración propia.

Para alcanzar este cambio de comportamiento, participaremos en ocho sesiones, una por semana, cada sesión tendrá una duración de 2 horas y 30 minutos.

Lámina 2. Contenido del programa

Temas	Sesión							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Introducción al programa	V							
Proyecto de vida	V	V	V	V	V	V	V	V
Planes de autocuidado semanal	V	V	V	V	V	V	V	V
Procedimientos de higiene		V						
Técnica cognitiva (solución de problemas)		V						
Actividad física		V		V		V		V
Procedimientos de alimentación			V					
Técnica de comunicación asertiva: parafraseo			V					
Alimentación saludable			V		V		V	
Procedimientos de movilización				V				
Técnica cognitiva cómo entendemos ser cuidador				V				
Manejo de comportamientos difíciles I					V			
Técnica de comunicación asertiva: pedir ayuda					V			
Manejo de comportamientos difíciles II						V		
Técnica de cognitiva de negativo a positivo:						V		
Redes sociales de apoyo							V	
Técnica de comunicación asertiva: saber decir NO							V	
Cierre del programa								V
Técnica de cognitiva de reforzamiento de lo aprendido								V
Evaluación y Clausura								V

Fuente: Elaboración propia.

Entregar la lámina 2 a cada participante.



Comentar:

Como vemos, además de desarrollar habilidades para cuidar conseguiremos habilidades que nos permitan adquirir este comportamiento de automanejar mejor nuestra condición de cuidador/ cuidadora:

- Proyecto de vida y planes de autocuidado semanales,
- comunicación efectiva y
- uso de técnicas que usa la mente.

En adelante veremos el proyecto de vida y planes de autocuidado semanal. Ahora describiremos brevemente la comunicación efectiva y las técnicas de la mente.

Hemos visto al inicio del programa que tenemos muchos problemas comunes, muchos de ellos a consecuencia de nuestro rol de cuidadora o cuidador, mediante el programa aprenderemos a usar nuestra mente a partir de algunas técnicas que iremos aprendiendo durante estas 8 sesiones; de igual manera, vemos problemas como dificultad para expresar lo que necesito a mi familia, pedir ayuda en el cuidado, expresar mis sentimientos a la persona que cuido. Para solucionar esto aprenderemos a usar algunas técnicas de comunicación efectiva.

1.3. Proponerse un proyecto de vida y metas a mediano plazo en su vida personal y planes de autocuidado semanal durante la duración del programa

Mencionar:

Volverse un cuidador significa hacer muchos cambios —cambios en lo que haces y cómo lo haces, y cambios en cómo socializas—.

Significa renunciar a un trabajo pagado o a tener que trabajar más. También cambian las dinámicas de los familiares y amistades.

Para algunas personas, ser un cuidador es una actividad de tiempo completo, 24 horas al día todos los días. Para otras personas les toma sólo unas pocas horas a la semana.

Vamos a hacer un ejercicio, reflexionemos sobre los cambios más importantes que ha originado en nuestras vidas ser cuidador/cuidadora. Duración: 10 minutos.

Una vez concluido, pida que compartan uno o dos cambios más importantes. Uno de los facilitadores los escribe en una pizarra.



Ahora, pídales que describan ¿qué les gustaría cambiar? Duración: 10 minutos. Escribálos en una pizarra.

Comentar:

Como ven, estos sentimientos y estos cambios son similares en todos los cuidadores, somos nosotros los que decidimos cómo queremos sentirnos y qué está en nuestras manos poder cambiar o seguir igual.

Ahora que hemos identificado qué nos gustaría cambiar en nuestras vidas, les parece si cada uno de ustedes identifica un cambio que quiera proponerse hacer en sus vidas en 6 meses a partir de ahora.

Para la mayoría de nosotros, una vez que tomamos la decisión, tenemos una buena idea de hacia dónde vamos. No obstante, algunas metas pueden parecer abrumadoras. ¿Cuándo podré avanzar? ¿Cuándo podré volver a hacer una vida para mí? Como hemos dicho, el secreto está en no tratar de hacer todo a la vez, en lugar de eso, es conveniente enfocarse en una sola cosa que realmente se pueda completar en la próxima semana.

Vamos a trazarnos una meta que quisiéramos alcanzar en 6 meses. Para ello vamos a planear los pasos que tendremos que tomar. Hay que recordar que es mejor planear paso a paso para conseguir un cambio. También debemos pensar que lo que planeemos DEBE DEPENDER SÓLO DE NOSOTROS, de lo que cada uno puede hacer, no de lo que dependa de los demás.

Por ejemplo: Uno de nosotros quisiera tener más tiempo para dedicarse a hacer lo que más le gusta y no ha podido hacerlo hasta el momento: Reunirse con sus amigas una vez cada dos semanas. Pero esto implica primero resolver varias situaciones:

- Buscar a alguien que me reemplace en el cuidado
- Comunicarme con mi familiar de tal manera que no se moleste conmigo o no se sienta mal, pero no sé cómo hacerlo
- Tener los teléfonos de mis amigas con quien quisiera reunirme y coordinar con ellas una vez resuelto lo anterior.

Bueno esto no se resuelve en una semana, ¿verdad?, pero es lo que quiero cambiar en mi vida:

“Reunirme con mis amigas por lo menos una vez cada dos semanas.”

- Podría empezar por hacer una lista de posibles candidatos para que me reemplacen en el cuidado e ir probando con cada uno si es factible, y considerarlo cuando llegué el momento. Bueno, empezaremos con este primer paso y vamos viendo cómo nos va.
- La próxima semana compartiremos cómo nos va y seguimos con el siguiente paso.

Recuerden que debe ser algo a mediano plazo, de aquí a 6 meses.

Empezan modelando los facilitadores.



1. Identifica una meta que quieres alcanzar en los próximos 6 meses, un proyecto de vida.
2. Identifica cuál será el primer paso para empezar esta semana.

Pedir un voluntario y seguir en el sentido de las agujas del reloj.



Si alguno de nosotros aún no ha identificado qué quiere cambiar o el primer paso a tomar, puede compartir al finalizar la sesión o traer sus dudas en la próxima sesión.



1.4. Receso

1.5. Describir la lógica para elaborar planes de autocuidado semanales a desarrollar durante el programa

Mencionar:

Ahora haremos algo parecido, pero diferente en el tiempo, no será para los próximos 6 meses, sino sólo para esta semana. Debe ser algo que

realmente queremos hacer en nuestras vidas en esta semana, puede estar relacionado o no con la meta de 6 meses.

Un plan de autocuidado semanal es algo real a corto plazo y te coloca en el camino hacia tu meta. Tu plan de autocuidado semanal debe ser sobre algo que quieres hacer o lograr. Debe ayudarte a solucionar tu problema y a alcanzar tu meta. Es algo que realmente quieres.

Al concentrarte en lo que puedes hacer, en vez de lo que desearías hacer, o en lo que los demás quieren que hagas. Tomar pasos para mejorar tu confianza puede hacerte sentir mejor por dentro y por fuera.

Los planes de autocuidado semanales son probablemente tu mejor herramienta para tener éxito como cuidador. La mayoría de nosotros puede hacer cosas para que el cuidado sea más fácil, pero fallamos al hacerlas. A menudo, el fallar se relaciona con no tener la destreza en un procedimiento o el conocimiento sobre cómo hacerlo, o percibimos que nos falta tiempo y son muchas las cosas que debemos hacer. Por ejemplo, piensen en las actividades del diario vivir (ADV) tuyas y de su familiar a cargo. Las ADV son las cosas de todos los días como levantarse de la cama, bañarse, vestirse, preparar y comer los alimentos, limpiar la casa, ir de compras y pagar las cuentas. ¿Puede un plan de autocuidado semanal ayudar a lograr cualquiera de estas cosas de manera más eficiente? ¿Puede ayudarte a encontrar más energía para lograrlo y estar menos estresada/estresado?

Otro ejemplo, puede ser que uno de mis problemas es que me siento muy estresada, ¿entonces podríamos pensar si un plan de autocuidado semanal podría ayudar a relajarme haciendo ejercicios de relajación?

Asegúrate de que tus planes sean específicos; esto es, no sólo decidir “bajar de peso” (que no es una acción, sino el resultado de ésta), sino reemplazar el refresco por un té (que sí es una acción).

Después, haz un plan específico. Decidir qué es lo que quieres hacer sin un plan para hacerlo no tendría sentido. El plan debe contestar todas las siguientes preguntas:

- Exactamente **¿Qué es lo que harás?** ¿Irás a caminar cuando te estreses o tratarás de no comer en exceso cuando te sientas ansioso? ¿Llamarás a alguien? ¿Qué prueba de relajación practicarás?

- **¿Qué tanto lo harás?** Esta pregunta se responde con algo como tiempo, distancia, porciones o repeticiones. ¿Caminarás una cuadra, durante 5 minutos, comerás la mitad de las porciones en la comida y en la cena, practicarás ejercicios de relajación durante 15 minutos?
- **¿Cuándo lo harás?** Otra vez, esto debe de ser específico: en la tarde, en la noche (cuando sabes que estarás más cansado y estresado, perdiendo tu temperamento), antes de la comida, en la cena, antes de irte a dormir. Juntar una nueva actividad con un viejo hábito es una buena manera de asegurarte de que lo harás. Por ejemplo, harás 5 minutos de ejercicios de respiración para relajarte cada tarde justo después de lavar los trastes que quedaron de la comida. Otro consejo es incorporar tu nueva actividad en tu rutina diaria justo antes de una vieja actividad favorita, como caminar alrededor de la cuadra antes de leer el periódico o ver tu programa favorito de televisión.
- **¿Qué tan seguro te sientes de hacer la actividad?** Esto es muy difícil. A todos nos gustaría comprometernos con hábitos positivos todos los días, pero esto no siempre es posible. Usualmente es mejor decidir hacer una actividad tres o cuatro veces a la semana para darte cierto margen si algo llegase a surgir. Si haces más, qué mejor. No obstante, si eres como la mayoría de las personas, sentirás menos presión si puedes hacer tu actividad tres o cuatro veces a la semana y seguir sintiéndote exitoso(a).

Comentar:

Lo que hemos aprendido es que las personas cambian cuando quieren cambiar, cuando realmente tienen el interés de hacerlo; no cambian por lo que les dicen los demás, es una decisión personal. Recordemos nuestra propia experiencia: cuando realmente hemos querido algo es cuando lo hemos realizado.

Sabemos también que todo cambio es un proceso, viene acompañado de altos y bajos, a veces damos un paso adelante y dos atrás, lo importante es persistir. Por eso es importante hacer los cambios paso a paso, un pequeño paso a la vez.

Al formular tu plan de autocuidado semanal, asegúrate de incluir lo siguiente:

Lámina 3. *Plan de autocuidado semanal*

1. ¿Qué es lo que harás? (Una acción específica.)
2. ¿Qué tanto lo harás? (Tiempo, distancia, porciones, repeticiones, etcétera.)
3. ¿Cuándo lo harás? (Hora del día, día de la semana.)
4. ¿Qué tan seguro te sientes de hacer esta actividad? (Utiliza una escala de 0 al 10, donde 0 es muy inseguro y 10 es muy seguro. Si es menor de 7 se sugiere cambiar de plan o replantear el plan por algo que sea más seguro de cumplir. Debe ser por arriba de 7.)

Fuente: Manual "Programa Tomando Control de su Salud" Universidad Stanford, los Estados Unidos.

Ejemplo: esta semana caminaré (¿qué?) alrededor de la cuadra (¿qué tanto?) antes de la comida (¿cuándo?) tres veces (¿qué tan seguro?).

Ahora formularemos cada uno de nuestros planes de autocuidado semanal, empezaremos nosotros. 

Los dos facilitadores empezarán a formular un plan de autocuidado semanal y luego pedirán un voluntario y seguirán en dirección de las agujas del reloj.

Si hay un participante que no desea formular un plan de autocuidado semanal o aún no se ha decidido por alguno, pedirle al final de la sesión o sugerirle que piense uno para la próxima sesión.

Quiero recordarles que, una vez que se terminen de formular los planes de autocuidado semanal, se compartirá cómo nos fue en la próxima sesión.

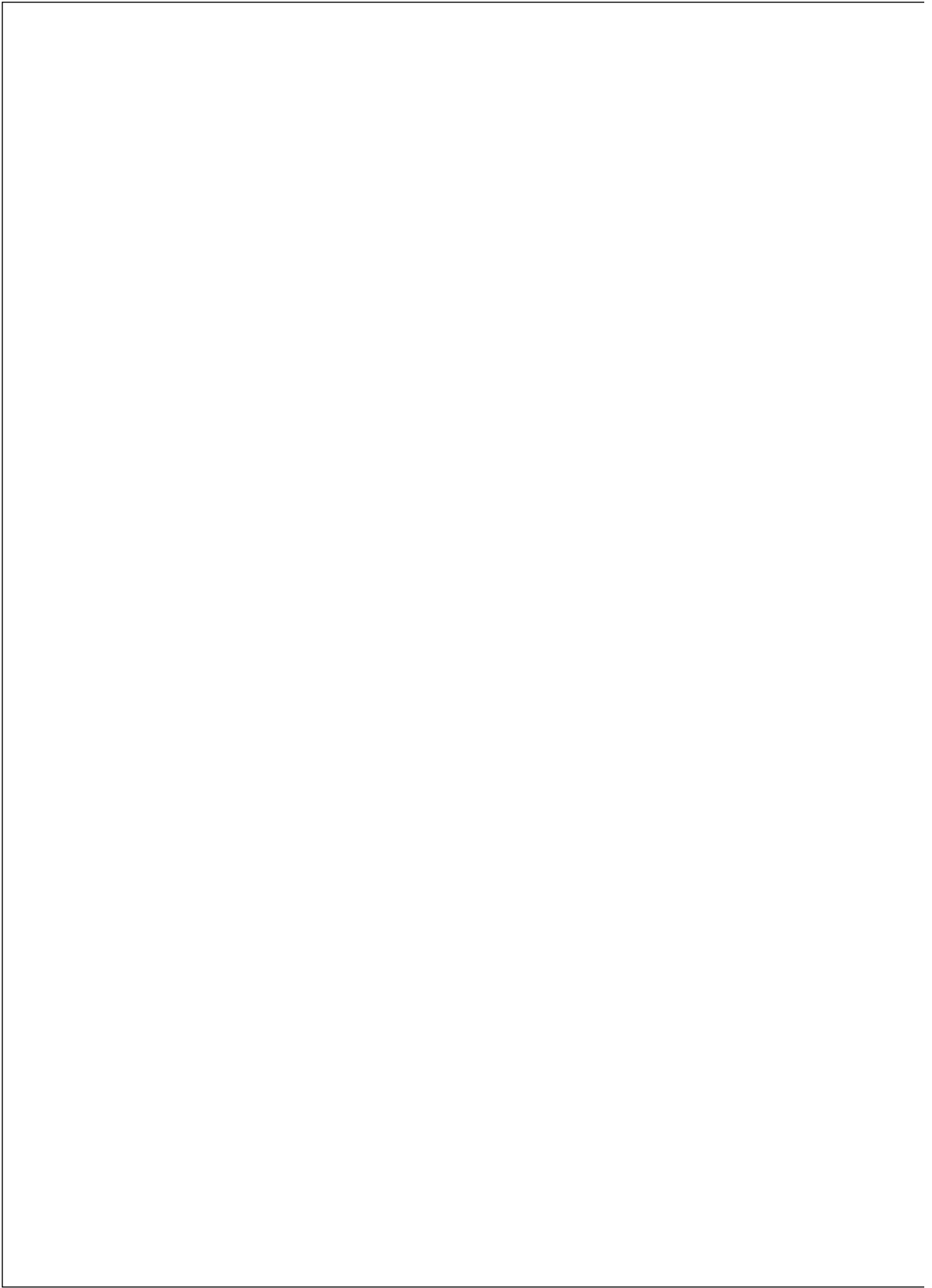
1.6. Cierre de la sesión

Mencionar:

Ya hemos terminado la primera sesión, sabemos cuáles serán los temas en este programa y hemos decidido aprovecharlo para decidir ser mejores cuidadores aprendiendo a cuidarnos a nosotros mismos y a nuestro familiar.

Sólo una recomendación: lograremos buenos resultados en este programa si participamos en todas las sesiones. Sólo se permite como máximo dos inasistencias.

La próxima sesión compartiremos cómo nos ha ido con nuestra meta de **proyecto de vida** y nuestro plan de autocuidado semanal. Recuerden que empezamos a la hora acordada.



Sesión 2. Procedimientos de higiene

Competencias

Al término del entrenamiento los participantes serán capaces de:

- Compartir plan de automanejo personal siguiendo la técnica correcta durante el transcurso del programa.
- Conocer procedimientos de higiene básicos y su forma de aplicación según la necesidad identificada, aplicando los elementos teóricos del programa (técnica cognitiva, técnica de comunicación).
- Conocer la importancia de la actividad física en el cuidado de personas con condiciones crónicas, valorando su aplicación durante el transcurso del programa.

<i>Actividades/Contenidos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Materiales</i>
2.1. Compartir experiencias: con sus planes de autocuidado semanal	30'	Material para demostración e higiene
2.2. Técnica cognitiva (solución de problemas)	20'	
2.3. Receso	15'	
2.4. Procedimientos de higiene	45'	Video higiene
2.5. Actividad física	15'	Video pausa activa
2.6. Compartir logros en su avance de proyecto de vida	15'	
2.7. Cierre de sesión	5'	

2.1. Compartir experiencias: con sus planes de autocuidado

Buenos días / tardes, iniciamos nuestra segunda sesión compartiendo nuestros planes de autocuidado semanal, recordaremos lo siguiente: Describir la lámina 3:

Lámina 3. *Plan de autocuidados*

1. ¿Qué es lo que harás? (Una acción específica.)
2. ¿Qué tanto harás? (Tiempo, distancia, porciones, repeticiones, etcétera.)
3. ¿Cuándo lo harás? (Hora del día, día de la semana.)
4. ¿Qué tan seguro harás la actividad? (Utiliza una escala de 0 a 10, donde 0 es muy inseguro y 10 es muy seguro. Si es menor de 7 se sugiere cambiar de plan o replantear el plan por algo que sea más seguro de cumplir. Debe ser por arriba de 7.)

Fuente: Manual "Programa Tomando Control de su Salud", Universidad de Stanford, los Estados Unidos.

Empezaremos nosotros:

Facilitador 1 pregunta al facilitador 2: **¿Cómo te fue con tu plan de autocuidado semanal?** 

Sólo dínos si lo cumpliste total o parcialmente, y si fue parcialmente **¿podrías compartir con nosotros cuál fue la razón?**

Ensayar que uno de los facilitadores mencione qué no cumplió y realizar la solución de problemas.

Empezar una vez que ambos facilitadores compartieron su plan de autocuidado semanal, pedir un voluntario y de ahí seguir en dirección de las agujas del reloj. **Pero antes diga lo siguiente:** 

Mencionar:

Hay tres opciones de respuesta:

1. Lo cumplió totalmente

Hay que felicitar al participante

2. Lo cumplió parcialmente

Preguntar si le gustaría compartir la razón.

Si no desea hacerlo, agradecerle y pasar al siguiente participante.

Si comparte la razón, preguntar si considera que en una próxima tiene una opción de cómo manejar esa razón, **si dice que sí**, seguir con el siguiente participante, **si dice que no**, preguntar si quiere recibir propuestas de otros.

3. No lo cumplió, pero modificó.

Decirle que es muy buen comienzo, que muchas veces hay situaciones que hay que replantear, pero lo importante es seguir adelante.

En la siguiente actividad describiremos en detalle la técnica de solución de problemas.

Ahora cada uno formulará nuestro plan de autocuidado semanal, empezaremos nosotros.

Los dos facilitadores empezarán a formular un plan de autocuidado semanal y luego pedir un voluntario y seguir las agujas del reloj. Si hay algún participante que no desea formular un plan de acción o aún no se ha decidido por alguno, pedirle al final de la sesión o sugerirle que piense uno para la próxima sesión.



Quiero recordarles que, al terminar de formular los planes de **autocuidado semanal** se compartirá cómo nos fue en la próxima sesión.



2.2. Técnica cognitiva (solución de problemas)

Mencionar:

Todos tenemos diferentes tipos de problemas en nuestras vidas, las que de una u otra manera damos solución o simplemente lo dejamos ahí. Más aun cuando somos cuidadores, nos enfrentamos día a día con muchos problemas de diferente índole o complejidad, aprenderemos una de las técnicas que nos ayudara a solucionar estos problemas del día a día.

En la siguiente actividad se describe la técnica cognitiva nombrada solución de problemas. Esta técnica es sencilla si aprendes los 7 pasos que la integran, incluso la mayoría de las veces se resuelve a llegar al paso número 4 (Lámina 4).

Lámina 4. Solución de problemas

<i>Pasos</i>	<i>Ejemplo</i>
1. Identifique el problema	Riesgo de nivel de glucemia inestable "se le baja o sube el azúcar en la sangre".
2. Haga una lista de ideas para solucionarlo.	Seguimiento de la dieta recomendada. Manejo de la medicación indicada. Realizar los ejercicios prescritos. Control de peso. Modificación de conductas por medio del modelado.
3. Seleccione una ideas y póngala en práctica. ¿La idea es práctica y se puyede llevar a cabo? ¿Es realista? ¿Es muy costosa? ¿Cuánto tiempo requiere? ¿La idea seleccionada la puedo poner en práctica yo solo o requiere ayuda de otras personas?	Seguimiento de la dieta recomendada.
4. Evalúe los resultados. ¿Se solucionó el problema.	Sí (). El problema está resuelto, no es necesario pasar al siguiente paso. ¡¡Felicidades!! No (). Continúe al paso número 5.
5. Seleccionar y poner en práctica otra idea obtenida en el paso 2.	¿Cuál es la siguiente idea que seleccionaste? Manejo de la medicación indicada. No olvides regresar al paso 4 otra vez y evaluar los resultados.
6. Pide ayuda.	En caso de que sus ideas no funcionen solicite ayuda a sus compañeros del taller, familiares, amigos o profesionales de la salud para resolver el problema.
7. Acepte que el problema no tiene solución inmediata.	El que no se tenga solución problema no significa que el problema nunca será solucionado, espere un tiempo para volver a intentar.

Fuente: Elaboración de María Guadalupe Díaz Rentería.

A continuación, una vez revisado el ejemplo se pedirá un voluntario que quiera resolver un problema, el primero que levante la mano será con quien se aplique la técnica. 

2.2. Receso

2.3. Procedimientos de higiene

Mencionar:

Son un conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad de su familiar; incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas.

El desarrollo de destrezas y habilidades que les permita satisfacer de alguna manera las necesidades básicas de la persona a quien cuida, son condiciones necesarias para vivir en bienestar, en estas tres sesiones veremos cómo podemos satisfacer tres necesidades fisiológicas en la persona que cuidamos: higiene, alimentación y movilización.

Necesidad de higiene.

La higiene es una necesidad básica que sí o sí tenemos que cumplir para conservar nuestra piel (pelo, uñas de los dedos, manos y pies) dientes y boca.

(a) Identificando dificultades con la higiene de nuestro familiar.

Se realiza una "lluvia de ideas", seguimos con las siguientes reglas.



Lámina 5. Lluvia de ideas

- Cualquiera que tenga una idea la puede compartir.
- Nadie comentará durante la lluvia de ideas (ni negativo ni positivo).
- No habrá preguntas ni discusión hasta el término de la sesión.
- Sólo la clarificación de ideas se hará al final.



Fuente: Manual "Programa Tomando Control de su Salud" Universidad Stanford, los Estados Unidos.

La pregunta de esta lluvia de ideas será lo siguiente:

¿Qué dificultades se tienen en relación con la higiene de nuestro familiar al que cuidamos?

En una pizarra o cartulina escriba las respuestas.
 Lea la lista de respuestas y pregunte si alguien quiere clarificar una idea.
 Asegúrese de agregar a la lista los siguientes puntos si no fueron mencionados.



- Dificultad durante el baño en cama de mi familiar encamado.
- Conflicto al lavar el cabello de mi familiar.
- Cuándo realizar la higiene de los genitales.
- Cómo realizar la higiene de la boca y de la prótesis.

(b) Abordaremos primero la higiene de manos.

Que como hemos aprendido en nuestras vidas es algo que debemos hacer como una medida no sólo de higiene, sino también para prevenir muchas infecciones a nosotros mismos y a los demás.

Ahora se realizará otra la lluvia de ideas. 

La pregunta es la siguiente:

¿En qué momento debemos lavarnos las manos?

En una pizarra o cartulina escriba las respuestas.
 Lea la lista de respuestas y pregunte si alguien quiere clarificar una idea.
 Asegúrese de agregar a la lista los siguientes puntos si no fueron mencionados.



- Cada vez que vamos a alimentar.
- Después de ir al baño.
- Después de estar en contacto con fluidos.
- Cada vez que realizamos una tarea como la limpieza de ojos, limpieza de una herida.

(c) Higiene de manos

Los facilitadores realizarán la demostración del lavado de manos.



Lámina 6. Higiene de manos

Mojarse las manos.

1. Aplicar suficiente jabón para cubrir toda la mano.
2. Frotar las palmas entre sí.
3. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
4. Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
5. Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.
6. Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frotarlo con movimientos de rotación y viceversa.
7. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
8. Enjuagar las manos.
9. Secar con la toalla de un solo uso.
- 10.-Utilizar la toalla para cerrar el grifo
- 11.- Manos limpias



Fuente: World Health Organization. Patient Safety.

También realiza modelaje del uso del alcohol gel, que no sustituye al lavado de manos, pero sí sirve para desinfectar en el momento que estamos fuera del domicilio para usarlo, por ejemplo, después de usar dinero.



Se solicitará un voluntario para realizar la demostración y se pedirá a todo el grupo que repitan los pasos simultáneamente.

(d) Continuamos con la higiene bucal.

Los hábitos saludables en la higiene bucal se pueden prevenir a través de:

- Cepillarse los dientes por lo menos dos veces al día con pasta dental con flúor
- Usar hilo dental todos los días.
- Usar a diario un enjuague bucal con flúor.
- Tener revisiones regulares, tanto los niños como los adultos.

- Evitar las bebidas gaseosas, los jugos artificiales y las bebidas energéticas.
- Evitar los dulces y las golosinas.
- Evitar la comida chatarra, el tabaco y el alcohol.

Para realizar la higiene de la boca debemos considerar lo siguiente:

La boca es uno de los principales órganos donde se inicia la alimentación y como está compuesto de órganos duros y blandos debemos de realizar una limpieza muy cuidadosa.

Se debe considerar que ambos órganos presentan dolores agudos.

La principal causa del deterioro de los órganos bucales es la Placa Bacteriana, que se encuentra siempre presente en toda ella, se le suma los restos de alimentos que se descomponen y lesionan los tejidos duros o piezas dentarias ocasionando caries y también lesionando los tejidos blandos ocasionando laceraciones e incluso aftas, conocidas como escorbuto.

Debemos tener en cuenta que el lugar más afectado por las enfermedades es la boca, ya que, por ejemplo, una anemia tiene signos y síntomas que están en la boca, como también algunas enfermedades del estómago o del corazón, por ello debemos de revisar muy bien todos los componentes de la boca.

Vamos a realizar el procedimiento:

Si el paciente tiene dientes MATERIALES:

- Cepillo dental con cerdas semiduras indicado según la edad o enfermedad general.
- Pasta dental para adulto o niño.

- Hilo dental.
- Vaso con agua.

Lámina 7. Técnica de cepillado

Técnica correcta del cepillado dental  1 Colocar el cepillo a un ángulo de 45 grados 2 Los dientes de arriba se cepillan hacia abajo 3 En los dientes de abajo cepillar hacia arriba 4 Cepillar con cuidado de atrás hacia delante 5 Cepillar de manera circular las muelas	La higiene bucal del familiar al que cuidamos es muy importante, ya que ayudará a prevenir las caries y evitará cualquier enfermedad en la boca y evitará heridas en labios y en la lengua. * hacer la demostración
--	---

Fuente: Texto: Elaboración propia. Imagen: <https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRLV65ENZw1hsT6i-nlHP7TyxtBhlsd-3aTOW&usqp=CAU>

No olvidar lavar la lengua.

Si el paciente es desdentado

MATERIALES:

- Cepillo dental con cerdas duras para la limpieza de las prótesis parciales o totales.
- Paño de tela o toalla pequeña para envolver el dedo índice y con movimientos rotatorios limpiar los tejidos blandos en los surcos anteriores y muy posteriores de la boca, incluyendo la lengua.
- Vaso con agua.

Materiales completos para realizar este procedimiento

Cepillo dental, pasta dental, un vaso con agua, una tina pequeña, toalla pequeña y un vaso donde se colocará la prótesis.

Pedir siempre al familiar que colabore en la medida de lo posible, colocar al familiar en posición semisentada con la cabeza a un lado. Los facilitadores modelan el procedimiento.

1. Iniciamos extendiendo la toalla sobre el pecho para proteger la ropa.
2. Si su paciente tiene prótesis, se retira.
3. Colocar una pequeña cantidad de pasta en el cepillo y comenzar a cepillar los dientes.
4. Limpiar la lengua.
5. Limpiar la prótesis con el cepillo y enjuagar, se vuelve a colocar la prótesis.
6. Aplicar vaselina en los labios si fuera necesario.
7. Dejar cómodo al familiar.
8. Lavarse las manos.

(e) Baño en cama (30 minutos)

El baño en cama es una actividad de cuidado e incrementa la comodidad al proporcionar un cuidado cómodo que es eficiente, holístico, individualista y gratificante. Sabemos que el baño es una necesidad que ayudará a mejorar la circulación, evitando heridas cuando el familiar al que cuidamos está mucho tiempo postrado, mejora el bienestar físico y mental, así como también mejora la comunicación.

Ahora haremos una lluvia de ideas:

La pregunta de esta lluvia de ideas será lo siguiente: 

¿Qué dificultades tenemos en el baño del paciente?

En una pizarra o cartulina escriba las respuestas.

Después de la lluvia de ideas lea la lista y pregunte si alguien quiere clarificar una idea. Asegúrese de agregar a la lista los siguientes puntos si no fueron mencionados. 

- Dolor en el familiar en el movimiento durante el baño.
- Motivación para que el familiar acepte colaborar durante el baño.

Realizar la demostración del baño del familiar en cama, para ello se pedirá un participante para que realice el procedimiento junto con el facilitador utilizando una muñeca.



Si no cuenta con las condiciones para realizar la demostración, se recomienda pasar el siguiente video:

www.reddeautomaejo.com

Higiene pacientes encamados <https://www.youtube.com/watch?v=p1GoDXApKg0>



PASO 1. Tener todos los materiales que vamos a necesitar nos ayudará a evitar más trabajo e incomodidad tanto para el cuidador como para el familiar que cuidamos, debemos tener lo siguiente:

- Una toalla grande.
- Dos tallas medianas.
- Dos esponjas.
- Jabón líquido o de pasta
- Shampoo
- Dos baldes con agua tibia y jarrita.
- 2 pares de guantes no estériles.
- Peine o cepillo
- Ropa limpia para el cambio del familiar.
- Ropa limpia de cama.
- Cortaúñas si fuera necesario. Opcional crema hidratante.

PASO 2. Aflojar la ropa de cama, retirar la colcha superior y dejar la sábana que cubre al paciente, luego retirar toda la ropa del familiar y cubrirlo con una toalla para proteger su individualidad.

PASO 3. Colocar al familiar acostado mirando hacia arriba (en decúbito dorsal) y retirar la almohada, en todo momento pedirle que nos ayude en la medida que se pueda, y acercar la cabeza al borde superior de la cama, colocar unas torundas de algodón en los oídos, colocar una toalla sobre el tórax e introducir debajo de los hombros una toalla enrollada y colocar un balde debajo para que caiga el agua, una vez hecho esto procedemos a colocar el shampoo y a dar masajes con la yema de los dedos y luego a enjuagar dando masaje con una mano y con la otra se arroja el agua que se dejará caer en la tina, luego se deja una toalla en el cabello como una turbante y se retiran los algodones.

PASO 4. Con un paño húmedo lavar y enjuagar la cara iniciando por la frente, nariz, mejillas, mentón, cuello y los oídos (pabellón auricular), se empezará por la parte más alejada del cuerpo y se irá hacia la más cerca del centro del cuerpo (primero del lado distal y luego del proximal en forma de 8).

PASO 5. Colocar una toalla debajo del brazo iniciando con la mano hasta terminar con la axila, lavar, enjuagar y secar con movimientos giratorios.

PASO 6. Lavar, enjuagar y secar la parte anterior del tórax y abdomen cubriéndolo con una toalla, al terminar colocar la pijama limpia, luego lavar el otro brazo de igual forma que el anterior.

PASO 7. Colocar al paciente de costado (en decúbito lateral) contrario al que se está trabajando, extender una toalla sobre la cama a nivel de la espalda y la región glútea, Lavar la parte posterior del cuello, espalda y región glútea, secar y dar masajes con crema de la cabeza a la región glútea.

PASO 8. Sujetar el camisón por la espalda y volver a su posición anterior.

PASO 9. Colocar la toalla por las extremidades inferiores y comenzar a jabonar por la parte de los muslos de la pierna, pedir que flexione las rodillas, enjuagar y secar, colocar una tina debajo de los pies, sostener por el talón y lavar los pies enjuagar y secar.

PASO 10. Realizar higiene de genitales y pedir la colaboración de nuestro paciente-familiar; si es de sexo masculino, de ser posible proporcionale gasa o algodón, y si es de sexo femenino coloca la chata (cómodo) en posición ginecológica, teniendo en cuenta que la higiene se realizará de arriba hacia abajo y del centro hacia el exterior.

Enjuagar cuantas veces sea necesario. Realizar el lavado de manos y dejar cómodo a nuestro familiar al que cuidamos.

Éstos son algunos ejemplos de cómo realizar el baño:

Baño en cama



Fuente: Elaboración propia.

Ahora pasaremos a la siguiente actividad.

2.4. Actividad física

Mencionar:

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía e incluye

actividades tan diversas como el trabajar, jugar, viajar, caminar, realizar ejercicio, tareas domésticas y actividades recreativas.

Se recomienda un mínimo de 150 minutos de actividad física a la semana para obtener sus beneficios:

- para la prevención de enfermedades no transmisibles;
- el equilibrio energético y el control de peso; y
- el beneficio de la salud cardiorrespiratoria, musculoesquelética y metabólica, así como disminuir la depresión y la ansiedad.

Pausa activa

Son breves descansos que se realizan dentro de una jornada de trabajo; con las pausas activas se generan espacios que permiten mejorar la producción, la comunicación, el manejo del estrés y el trabajo en equipo.

Es un momento de activación que dura de 10 a 15 minutos, en el que se puede combinar una serie de ejercicios que activan los sistemas: músculoesquelético, cardiovascular, respiratorio y cognitivo, y permite recuperar energía y mejorar el desempeño; se recomienda realizarlos al inicio, al intermedio y al final del día.

Beneficios:

- Disminuyen la fatiga física y mental.
- Previenen los trastornos osteomusculares.
- Disminuyen los niveles de estrés.
- El trabajo del corazón, los pulmones, los vasos sanguíneos y los músculos es más eficiente.
- Aumentan la flexibilidad, fuerza y resistencia corporales.
- Contribuyen a dormir mejor.
- Disminuyen el riesgo de tener enfermedades crónicas.
- Aumentan el nivel de energía

Hacer la demostración de los ejercicios enseñando la lámina 8.



Práctica de ejercicios de pausa activa

Sugerir a los participantes realizarlos antes de iniciar, puede ser un plan de autocuidado semanal. 

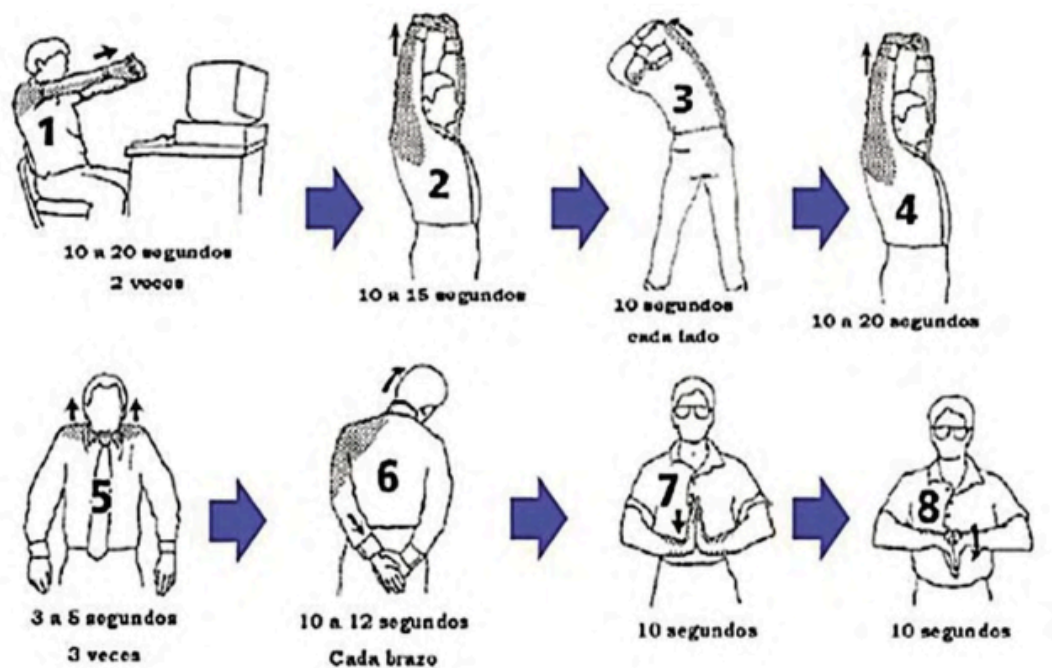
Se desarrollan hasta 10 minutos de ejercicios de pausa activa. Los facilitadores deben modelar los ejercicios. 

Si no es factible realizarlos se recomienda pasar el siguiente video:

Pausa activa: www.reddeautomanejo.com

<https://www.youtube.com/watch?v=FotB5bu1cMg>

Lámina 8. Ejercicios Pausa activa



Fuente: <http://ecuarritmias.com.ec/wp-content/uploads/2017/10/cardi%C3%B3logo-especialista-en-arritmias.png>

En esta sección se muestran ejercicios de pausa activa muy prácticos, se pueden realizar de forma rutinaria estos estiramientos y al hacerlo secuencialmente obtendremos mejores resultados.

1. Estirar brazos hacia el frente entrelazando los dedos de las manos contando de 10 a 20 segundos, realizar dos veces.



Fuente: Elaboración propia.

2. Estirar los brazos por encima de la cabeza entrelazando los dedos de las manos, contar de 10 a 15 segundos.



Fuente: Elaboración propia.

3. Entrelazar los brazos por detrás de la cabeza y flexionar todo el tronco por cada lado, contar 10 segundos. Repetir la posición 2.
4. Continuar con los hombros; subir ambos hombros hacia las orejas, contener de 3 a 5 segundos, realizar tres veces.



Fuente: Elaboración propia.

5. Luego colocar un brazo por detrás de la espalda y estirar con ayuda del otro brazo; mantener esta posición de 10 a 12 segundos por cada brazo.



Fuente: Elaboración propia.

6. En la posición de palmas juntas ejercer fuerza contraria durante 10 segundos.
7. Y luego, de inmediato rotar de forma lenta y con presión pasar las manos a la posición vertical.

2.5. Compartir logros en su avance de proyecto de vida

Ahora ya casi estamos a punto de cerrar esta sesión, pero no lo haremos sin antes pedirle a un voluntario que nos comparta cómo le fue con su proyecto de vida que elaboró durante la primera sesión, el proyecto de vida a largo alcance.

Pedir un voluntario.



Quiero pedirle que de manera breve nos recuerde cuál es su meta de proyecto de vida y qué alcance o qué dificultades tuvo y repetir los pasos de resolución de problemas realizados en los planes de acción.



Preguntarle si le gustaría compartir la dificultad presentada. Si no desea hacerlo, se le agradece y se pasa al siguiente participante.



Si comparte la dificultad, preguntar si tiene una solución si se presentara esa dificultad en otra oportunidad, si dice que sí, agradecer por su participación, si dice que no, preguntarle si quiere recibir propuestas de otros participantes (pedir voluntarios y escribir en la pizarra sólo tres o cuatro propuestas), y hacerle saber al participante que puede tomar alguna de estas sugerencias.

2.6. Cierre de la sesión

Agradecer a todos por su participación y recordarles que se les espera a la misma hora y lugar. Es importante siempre ser puntuales y desearles éxitos en sus planes y proyectos.

Sesión 3. Procedimientos de alimentación

Competencias

Al término del entrenamiento, los participantes serán capaces de:

- Compartir plan de automanejo personal siguiendo la técnica correcta durante el transcurso del programa.
- Distinguir procedimientos de alimentación básicos y su forma de aplicación según la necesidad identificada, aplicando los elementos teóricos del programa (técnica cognitiva, técnica de comunicación).
- Conocer la importancia de la alimentación saludable en el cuidado de personas con condiciones crónicas, valorando su aplicación durante el transcurso del programa.
- Compartir avance de proyecto de vida, reconociendo los elementos del programa aplicados.

<i>Actividades/Contenidos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Materiales</i>
3.1. Compartir experiencias: con sus planes de autocuidado semanal.	30'	Copia sociodrama. Material para procedimiento de alimentación. Video de alimentación. Copia de la lámina 14.
3.2. Técnica de comunicación asertiva.	25'	
3.3. Receso.	15'	
3.4. Procedimientos de alimentación.	45'	
3.5. Alimentación saludable.	15'	
3.6. Compartir logros en su avance de proyecto de vida.	15'	
3.7. Cierre de la sesión.	5'	

3.1. Compartir experiencias: con sus planes de autocuidado semanal

Buenos días / buenas tardes, iniciamos nuestra tercera sesión compartiendo nuestros planes de autocuidado semanal, empezaremos nosotros:

Facilitador 1 pregunta al facilitador 2: **¿Cómo te fue con tu plan de autocuidado semanal?** 
 Sólo dínos si lo cumpliste total o parcialmente, y si fue parcialmente **¿podrías compartir con nosotros cuál fue la razón?**
 Ensayar que uno de los facilitadores diga qué no cumplió y realizar solución de problemas.

Hay que felicitar al participante.

Recuerden que hay tres opciones de respuesta:

1. Lo cumplió totalmente.
2. Lo cumplió parcialmente.

Preguntarle si le gustaría compartir la razón.
 Si no desea hacerlo, agradecerle y pasar al siguiente participante.
 Si comparte la razón, preguntarle si considera que en una próxima tiene una opción de cómo manejar esa razón; **si dice que sí**, seguir con el siguiente participante, **si dice que no**, preguntarle si quiere recibir propuestas de otros participantes, pedir voluntarios y escribir sus propuestas en la pizarra (sólo tres o cuatro propuestas), y sugerirle al participante que puede tomar alguna de estas propuestas, y pasar al siguiente participante.

3. No lo cumplió, pero lo modificó.

Decirle que es muy buen comienzo, que muchas veces hay situaciones que hay que replantear, pero lo importante es seguir adelante.

Ahora formularemos cada uno nuestros planes de autocuidado semanal para esta semana:

Pedir un voluntario y seguir en el sentido de las agujas del reloj. Si hay algún participante que no desee formular un plan de acción o aún no se ha decidido por alguno, pedirle al final de la sesión o sugerirle que piense uno para la próxima sesión. 

Al terminar de formular los planes de **autocuidado semanal**, quiero recordarles que la próxima sesión compartiremos cómo nos fue. 

3.2. Técnica de comunicación asertiva

Mencionar:

La comunicación asertiva es la forma de expresión consciente, mediante la cual se expresan ideas, deseos, opiniones, sentimientos o derechos de forma clara, equilibrada, honesta y respetuosa.

La comunicación asertiva nos ayuda a mejorar nuestra labor al cuidar a la persona que vive con una o varias condiciones crónicas, ya que es útil para:

- Dar tu opinión, hacer una petición o pedir un favor a alguien.
- Expresar tus quejas, críticas, desacuerdos y rechazar peticiones sin que se molesten.
- Mostrar alegría, orgullo, agrado, atracción y hacer cumplidos sin parecer voluble.
- Preguntar por qué y sentirte autorizado a cuestionar la autoridad o las tradiciones.
- Iniciar, continuar, cambiar y terminar conversaciones de forma cómoda y sin ser irrespetuoso.
- Compartir tus sentimientos, emociones y experiencias con los demás y favorecer que ellos compartan las tuyas contigo.

Existen varias técnicas de comunicación asertiva, vamos a conocer y ejemplificar tres de las más comunes: técnica de parafraseo, técnica de pedir ayuda y la técnica para decir “NO”.

Iniciaremos con la técnica de parafraseo, el propósito de ésta es ayudar a la persona enferma a tomar consciencia de lo que se dice y ver una situación con más claridad. Supone escuchar con atención y descubrir los sentimientos que suele haber detrás de la historia que se cuenta, intentando captar tanto lo que quiere contar la otra persona enferma como lo que no dice, para posteriormente devolverlo reformulado.

El parafraseo se da a partir de repetir lo que dijo el otro, o sea, quien cuida repite con sus propias palabras lo que la otra persona (enfermo) dijo, lo cual ayuda a confirmar si se entendió bien lo que quiere transmitir el

interlocutor, por eso es necesario repetir lo que dijo el otro en términos propios.

Para lograr lo anterior, debemos seguir las siguientes pautas:

Lámina 9. Técnica de parafraseo

Poner máxima atención a lo que dice la otra persona.

Ejemplo: Cuando la otra persona te está hablando, deja de hacer lo que estás haciendo y ponle atención.

Escuchar con la intención de entender. Es frecuente caer en el error de escuchar con la intención de responder.

Ejemplo: Espera, con calma, sin prisas, a que la otra persona termine de hablar, y sólo entonces podemos reformular lo que hemos escuchado activamente.

Capturar la esencia del mensaje.

Ejemplo: Cuando escuchamos a la otra persona, debemos concentrarnos en las palabras, pero, además en la expresión verbal, en la esencia de lo que la persona está expresando, en aquello que no dice.

Hacer un parafraseo más corto que el mensaje original. No hay necesidad de repetir todas las palabras. Es más efectiva una frase con tres palabras que todo un párrafo explicativo.

Ejemplo de parafraseo: Una abuela le dice a su nieto "Jamás volveré a caminar sola", a lo que el nieto puede responder "¿Jamás?". Con este simple parafraseo el nieto enfatiza la carga negativa puesta en la afirmación que ha hecho su abuela. También puede provocar una reflexión en la abuela acerca de lo que ha dicho y animarle a que considere que lo que realmente siente con respecto a volver a caminar puede no ser tan extremo como muestra lo que ha planteado.

Usar la tercera persona en lugar de la primera persona. De esta forma hay menos implicación emocional para poder reelaborar el mensaje.

Fuente: F. Aspe Figueroa. (2021). La Paráfrasis Qué es y cómo parafrasear. PACE/UCSH. <http://vinculacion.ucsh.cl/wp-content/uploads/GUI%CC%81A-PACE-Para%CC%81frasis.pdf>

Ejemplo: *El mensaje fue...* en vez de *Su mensaje...*

Tener presente lo siguiente:

No interpretar desde mi punto de vista lo que la otra persona está diciendo, mejor preguntar qué significa.

A continuación, leeremos un ejemplo de aplicación de la técnica de parafraseo.

Ejemplo: De una persona que trabajaba como voluntaria en un hospital a quien las compañeras le pidieron que hablase con una enferma anciana.

Coordinar con el otro / la otra facilitador(a) para realizar el ejemplo.



Compañeras voluntarias: —Ya le dijimos que no está tan enferma como cree, pero que se sentirá mejor si toma el medicamento. Lo único que hace es quedarse sentada en su habitación todo el día repitiendo: “me quiero morir, me quiero morir”.

La voluntaria se acercó a la anciana y, tal como le habían anunciado las enfermeras, la encontró sentada murmurando una y otra vez “me quiero morir”. —Así que se quiere morir —le dijo en tono empático—.

La enferma anciana, sorprendida, interrumpió su cantinela y pareció más tranquila. Lo primero que dijo fue que allí nadie comprendía que se sentía muy mal.

La voluntaria continuó reflejando los sentimientos de la mujer. No pasó mucho tiempo antes de que en el diálogo que mantuvieron se filtrara calidez humana.

Aquel día, más tarde, las enfermeras quisieron saber qué fórmula había usado la voluntaria, ya que la anciana había vuelto a comer, tomaba la medicación y estaba de mejor humor.

A pesar de que las enfermeras habían querido ayudarla con sus consejos y palabras de consuelo, hasta que la anciana no habló con la voluntaria no recibió lo que necesitaba realmente: una conexión con otro ser humano capaz de comprender su profunda desesperación.

Ahora, pondremos en práctica la técnica de parafraseo a través de un SOCIODRAMA, que es una técnica también conocida como “práctica simulada”, la cual consiste en una representación en la que un grupo de estudio practica simulando situaciones de la vida real.

Pedir dos voluntarios y pedirles que se sienten en dos sillas, una frente a la otra. Una será la persona enferma (PE) y la otra su cuidadora(a) (PC).

** Asegúrese de que tengan una copia del diálogo.*



PE expresa en tono de preocupación “ya es mediodía y no tengo nada de hambre, estoy muy preocupada porque si no como algo en este momento me moriré de hambre y tú vas a tener la culpa por no hacerme caso”.

PC responde en forma clara y pausada "dices que yo voy a tener la culpa de que puedas morirte de hambre si no comes algo ahorita".

Preguntas para discusión: ¿PC hizo un parafraseo correcto?

(La respuesta es SÍ, escucho con atención, reformulo tal como fue expresada por la PE)

3.3. Receso (20 minutos)

3.4. Procedimientos de alimentación

Mencionar:

La alimentación es básica en todos los seres humanos e imprescindible para la supervivencia, influye en el estado de salud; una alimentación balanceada previene enfermedades y mejora la evolución clínica de las mismas. La alimentación equilibrada, junto con una correcta hidratación y el ejercicio físico son considerados pilares fundamentales para mantener la salud.

En personas con alguna condición crónica —como en el caso de nuestro familiar que tiene diabetes, presión alta, problemas de las articulaciones, etc.— lo que come, así como la cantidad, frecuencia y dónde es muy importante. Hablaremos sobre esto en esta sesión. Haremos una lluvia de ideas.

(a) Identificando una alimentación no equilibrada. Ahora realizaremos una "lluvia de ideas".

Lámina 5. *Lluvia de ideas*

Cualquiera que tenga una idea la puede compartir.
Nadie comentará durante la lluvia (ni negativo ni positivo).
No habrá preguntas ni discusión hasta el término de la sesión
Sólo clarificación de ideas se hará al final.



Fuente: Manual del Programa "Tomando Control de su Salud".

La pregunta de esta lluvia de ideas es la siguiente:

¿Cuáles son los factores que pueden afectar el estado nutricional de su familiar?

En una pizarra o cartulina escriba las respuestas. Después de la lluvia de ideas lea la lista y pregunte si alguien quiere clarificar alguna idea. Asegúrese de agregar a la lista los siguientes puntos si no fueron mencionados. 

Mencionar: 

- Estado socioeconómico.
- Factores psicosociales (significado de la comida).
- Enfermedades que incluyen mala absorción.
- Edad.
- Enfermedades que pueden afectar el deseo de consumir alimentos.
- Enfermedades que incluyen limitaciones físicas, debilidad o fatiga.
- Dificultad / dolor para comer y / o tragar.

Es importante identificar estos factores, muchas veces no podremos actuar sobre ellos, como la edad, pero sí podremos influir en manejar algunos de ellos.

- (b) Sabemos que existen alteraciones nutricionales que provocan modificaciones en nuestro organismo, las cuales pueden ser observadas.

Ahora haremos otra lluvia de ideas. La pregunta es la siguiente: 

¿Han observado ustedes algunas alteraciones nutricionales en el organismo de su familiar?

Mencionar: 

- Indiferente, apático caquético.
- Se fatiga con facilidad, sin energía, se duerme con facilidad, parece cansado.
- Sobrepeso o déficit de peso.
- Frágil, pérdida del olor.
- Descamación cutánea, edema facial, piel pálida.

- Mala postura, arqueamiento de las piernas, omóplatos prominentes, deformidad del tórax a nivel del diafragma.
- Dificultad para la marcha.
- Confusión mental, depresión, trastornos sensoriales, debilidad motora.

Es importante siempre observar a nuestro familiar para identificar algunos de estos signos, así podremos notificar a tiempo a su médico.

- (c) Consejos para mantener un peso saludable en nuestro familiar y en nosotros mismos.

Dar lectura a la lámina 10.

Lámina 10. Consejos para mantener un peso saludable en nuestro familiar

1. Seguir un plan de alimentación. Es importante recordar que una dieta equilibrada incluye el consumo moderado de ciertos alimentos e incrementar el consumo de verduras y frutas para mantener un peso saludable.
2. Evitar, en la medida de lo posible, alimentos altos en grasa y azúcar, es mejor optar por los alimentos asados y cocidos.
3. Revisar el tamaño de las porciones a consumir. No te saltes comidas y desayuna todos los días. Puedes escoger un día a la semana para comer algo diferente.
4. Realizar actividad física. Para mantener un peso saludable sin sacrificios es muy importante la práctica regular de ejercicio periódicamente, por ejemplo, dos o tres veces por semana con duración de 45 minutos cada día.
5. No dejar de comer lo que le gusta. Si el chocolate o los postres, por ejemplo, son su debilidad, puede consumirlo en ocasiones, pero con moderación.

Fuente: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013

- (d) Muchos de nosotros tenemos a nuestro familiar con necesidades de ayuda para alimentarse o en algún momento de la trayectoria de su enfermedad tendremos que realizar procedimientos para ayudarlo a alimentarse, veamos algunas recomendaciones.

Procedimiento para la asistencia con la comida

Material necesario

- Bandeja con la comida
- Toalla.
- Vaso.
- Cubiertos.
- Mesa de cama.
- Dieta prescrita.
- Cañitas flexibles (popotes), servilletas.

Describir cada paso de la lámina 11.

Lámina 11. *Procedimiento para asistencia con la comida*

<i>Técnica</i>	<i>Imagen</i>
Lavar las manos.	
Ayudar a colocarse en una posición cómoda: sentado en una silla o en la cama o elevar el cabecero de la cama 90°, según el caso. Colocar una toalla sobre el familiar, si así lo desea.	

Si es posible, sentarse frente a él/ella mientras consume los alimentos.	
Ayudar en función de sus necesidades (cortar la carne, abrir la tapa de los recipientes, etc.). Si él puede, se le pide que sostenga los alimentos con sus manos y se alimente tanto como sea posible. Conversar con él, durante este procedimiento. La conversación convierte la comida en un momento más placentero y favorece la relajación	
Darle tiempo suficiente para que mastique e ingiera los alimentos, podría necesitar reposo por periodos breves durante la alimentación. Proporcionar bebida a lo largo de la comida.	
Cuando se complete el consumo de alimentos, retirar la bandeja de la habitación, poniendo atención a la cantidad y tipo de alimentos consumidos.	
Observar también el volumen de líquidos ingeridos.	
Retirar la mesa de cama.	

Fuente: Elaboración propia.

Comer es parte de todas las actividades de nuestra vida, no sólo es esencial para nutrirnos e hidratarnos, además es parte indispensable, mucho más cuando existen dificultades para tragar, es por eso que se deben

tomar algunas precauciones para disminuir los factores de riesgo. A continuación se sugieren algunas formas de prevenir y mantener una alimentación segura. Dar lectura a la lámina 12.

Lámina 12. Precauciones para disminuir factores de riesgo y mantener una alimentación segura

- Al comer, beber o tomar pastillas, siéntese siempre derecho, apoyado en el respaldo de la silla.
- Coma en pequeñas cantidades, utilice una cuchara de té y llénela hasta los bordes.
- Mastique bien y tráguese toda la comida antes de tomar otro bocado.
- Limpie los restos de alimentos que puedan quedar en la boca (surcos, mejillas, dientes, etc.), con la lengua recorra todos los espacios y luego vuelva a tragar.
- Para comer más lento, coloque el tenedor o cuchara sobre la mesa entre uno y otro bocado.
- Acostúmbrese a tragar al menos dos veces cada bocado.
- Al beber, hágalo en pequeños sorbos.
- Alterne los bocados de comida con los sorbos de bebida. Esto le ayudará a despejar el alimento de la boca y la garganta.
- Beba un sólo sorbo a la vez, lentamente, no uno tras otro.
- Mantenga el mentón ligeramente hacia el pecho al tragar.
- Evite inclinar la cabeza hacia atrás al beber el último sorbo de líquido de una taza o botella.
- Para beber líquidos, puede ayudarse de una bombilla o utilizando una cuchara.
- No hable con la boca llena de comida.
- Evite alimentos muy granulados, como el arroz o la carne molida.
- Evite porciones muy grandes de alimento, fraccione las comidas a lo largo del día.
- Disminuya los distractores auditivos y visuales (alimentarse sin ver la televisión, sin mucho ruido ambiental y evite conversar mientras se esté alimentando).
- Evite recostarse después de comer. Permanezca sentado por lo menos media hora después de cada comida.
- Evalúe la posibilidad de necesitar ayudas técnicas para alimentarse, como por ejemplo, una cuchara modificada, un vaso adaptado, etcétera.
- Es sumamente importante mantener una adecuada limpieza de la cavidad oral, aunque la persona no esté comiendo por la boca o no tenga dientes, debe realizar una limpieza como mínimo 3 o 4 veces al día, la cual no debe ser realizada necesariamente con pasta y agua, también puede adecuarse dependiendo de las condiciones de salud del usuario, como por ejemplo con enjuague bucal en una gaza (bien estrujado, para evitar el exceso de líquido), esta acción no requiere enjuague. Así mismo, venden en el mercado productos hechos especialmente para realizar la limpieza oral en personas que no pueden realizar el lavado de dientes típico.

Fuente: Alimentación sana (who.int).

Si hay suficiente tiempo pasar el video de alimentación.

Cuidando al cuidador Alimentación.

www.reddeautomanejo.com

<https://youtube/alXbeRr4pZw>



3.4. Alimentación saludable

Mencionar:

Para dar continuidad a esta sesión vamos a abordar un tema muy importante para un buen automanejo del cuidador familiar y es llevar un estilo de vida saludable; dentro de esto se encuentra, entre otros aspectos, llevar una adecuada alimentación o alimentación saludable (lámina 9).

Ahora bien, qué se entiende como Alimentación saludable.

Una alimentación saludable es aquella que aporta los nutrientes necesarios para tener una dieta balanceada en las diferentes etapas de la vida (infancia, adolescencia, edad adulta y envejecimiento) y en ciertas condiciones como, por ejemplo, situación de salud o enfermedad.

Para que una alimentación sea saludable debe cumplir ciertas características, las cuales se muestran en la siguiente lámina.

Lámina 13. Características de la alimentación

<i>Características de la alimentación</i>
Natural: Los alimentos deben ser naturales (plantas, animales) y no procesados. Entre ellos tenemos las hortalizas, vegetales, cereales, frutas, carnes, leche y derivados minerales, agua. Los ingredientes como el aceite y el azúcar deben ser usados con moderación. Los refrescos así como la limonada y las infusiones deben tomarse sin azúcar, o puede reemplazarse con miel de abeja, melaza, algarrobina, chancaca. Evitar el exceso de sal. Tomar al menos cuatro vasos de agua. Completa: Debe aportar todos los nutrientes que necesita el organismo: hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Equilibrada: Los nutrientes que aporta deben estar repartidos de manera equilibrada y proporcional entre sí: hidratos de carbono entre 55 y 60% de las kilocalorías totales por día; las grasas, entre 25 y 30%; las proteínas, entre 12 y 15%; además de 1.5 a 2 litros de agua al día. Suficiente: La cantidad de alimentos ha de ser la adecuada para que haya un equilibrio entre lo que se gasta de energía en las actividades diarias y lo que se consume, de tal manera que permita mantener el peso dentro de los rangos normales. Adecuada: Tiene que ser de acuerdo a la edad, sexo, talla, actividad física que se realiza, al trabajo o actividad que desarrolla la persona y al estado de salud. Variada: Debe incluir los diferentes grupos de alimentos, leche y sus derivados, frutas, verduras y hortalizas, cereales, legumbres, carnes y aves, pescados, huevo, lo que la hace más agradable, pero sobre todo debe garantizar que aporte todos los nutrientes necesarios. Innocua: La alimentación debe contar con la higiene, limpieza y preparación adecuada y necesaria para no causar daño.

Fuente: Alimentación sana (who.int).

Ya que hemos visto qué características debe cumplir la alimentación para considerarse saludable, vamos a hacer una actividad, les vamos a repartir una hoja de registro y van a anotar todo lo que comieron el día de ayer (desayuno, almuerzo, comida, entremés y cena) y de manera general vean si cumplió o no con las características descritas.

Es importante promover el diálogo a la hora de los alimentos y contar con horarios establecidos.

A continuación, entregaremos a cada uno de ustedes una hoja para que realicen el registro de los alimentos que consumieron el día anterior.

Lámina 14. Hoja de alimentación

<i>Día/Hora</i>	<i>Desayuno</i>	<i>Almuerzo</i>	<i>Comida</i>	<i>Entremés</i>	<i>Cena</i>

Fuente: Elaboración propia.

Una vez que hayan hecho el registro en la hoja se procederá a que uno o dos de los participantes compartan lo que hicieron; si no hay voluntarios se procede a pedir directamente a alguien que participe. 

Preguntar a la persona que participa:

¿Considera o no que haya cumplido con las características de una alimentación saludable?

Una vez que el participante haya terminado de compartir lo que hizo, se les preguntará a los demás participantes si tienen algún comentario de lo que expuso su compañero y de igual forma el facilitador podrá hacer algún comentario. 

Gracias por compartir tu actividad _____; ahora, alguien tiene algún comentario de lo que nos expuso _____.

Si hay tiempo se podría solicitar la participación de alguien más, incluso de uno de los facilitadores del curso, y se harían comentarios de éste, si no se procedería a concluir. 

No nos da tiempo de que todos puedan compartir su actividad, pero seguramente ya la mayoría se podrá dar cuenta si su alimentación está o no cumpliendo con las características para considerarse saludable, los invitamos a que vayan retomando esto para su alimentación y que si hay algunos aspectos que consideren que deben modificar puedan incluirlos como parte de sus planes de autocuidado semanal.

Con esto damos por terminado este espacio de la sesión dedicado a la alimentación saludable.

3.5. Compartir logros en su avance de proyecto de vida

Ahora ya casi estamos a punto de cerrar esta sesión, pero no lo haremos sin antes pedirle a un voluntario que nos comparta cómo le fue con su proyecto de vida que elaboró en la primera sesión, su proyecto de vida a largo alcance.

Pedir un voluntario.



Pedirle que de manera breve nos recuerde cuál es su meta del proyecto de vida, qué alcance o qué dificultades tuvo y repetir los pasos de resolución de problemas realizados en los planes de acción.



Preguntarle si le gustaría compartir la dificultad presentada. (Si no lo desea, agradecerle y pasar al siguiente participante.)



Si comparte la dificultad, preguntarle si tiene una solución si se presentara esa dificultad en otra oportunidad; si dice que sí, agradecer por su participación; si dice que no, preguntarle si quiere recibir propuestas de otros participantes (pedir voluntarios y escribir en la pizarra sólo tres o cuatro propuestas), y hacerle saber al participante que puede tomar alguna de estas sugerencias.

3.6. Cierre de la sesión

Agradecer a todos por su participación y recordarles que se les espera a la misma hora y lugar. Recordarles que siempre es importante ser puntuales y desearles éxito en sus planes y proyectos.

Sesión 4. Procedimientos de movilización

Competencias:

Al término de la sesión el participante:

- Explicará la importancia del procedimiento de movilización en la satisfacción de las necesidades de la persona que cuida.
- Demostrará los procedimientos básicos de movilización en la satisfacción de las necesidades de la persona que cuida.

<i>Actividades/Contenidos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Materiales</i>
4.1. Compartir experiencias: con sus planes de autocuidado semanal.	30'	Copia de la lámina 16. Video movilización. Video ejercicio cardio.
4.2. Técnica cognitiva: cómo entendemos ser cuidador.	20'	
4.3. Receso.	15'	
4.4. Procedimientos de movilización.	45'	
4.5. Alimentación física.	15'	
4.6. Compartir logros en su avance de proyecto de vida.	15'	
4.7. Cierre de la sesión.	5'	

4.1. Compartir experiencias: con sus planes de cuidado

Buenos días / buenas tardes, iniciamos nuestra cuarta sesión compartiendo nuestro plan de autocuidado semanal, empezaremos nosotros:

Facilitador 1 pregunta al facilitador 2:

¿Cómo te fue con tu plan de autocuidado semanal?

Sólo dínos si lo cumpliste total o parcialmente, ¿podrías compartir con nosotros cuál fue la razón?



Empezar una vez que ambos facilitadores compartieron su plan de autocuidado semanal, pedir un voluntario y de ahí seguir en sentido de las agujas del reloj.

Si durante esta actividad algún participante no cumplió o cumplió parcialmente, recordar las respuestas para cada ocasión, igualmente aplicar solución de problemas cada vez que sea oportuno.



Ahora formularemos cada uno nuestros planes de autocuidado semanal.

Si considera necesario describa la lámina 3 para formular planes de autocuidado semanal.



Al terminar de formular los planes de **autocuidado semanal**, recordarles que la próxima sesión se compartirá cómo nos fue.



4.2. Técnica cognitiva: cómo entendemos ser cuidador

Todos tenemos una idea de nosotros mismos, como nos vemos, lo interesante es que en la manera como nos vemos muchas veces es como actuamos, por eso es importante identificar este pensamiento de nosotros mismos, pues puede ayudarnos a mejorar, si es el caso, nuestro propio comportamiento en el cuidado hacia nosotros mismos.

Vamos a hacer lo siguiente:

Identifique cuáles creencias o pensamientos influyen en su rol de cuidador, trate de ser lo más honesto(a) posible y expresar tal y como tú eres y cómo te sientes (3 minutos). Inicia el llenado de las columnas 1 a 5 apoyándote del ejemplo que revisarás con el facilitador.

Veamos el ejemplo en la lámina 15.

Aclara el concepto si lo considera necesario:

Creencia: Conjunto de ideas de una persona, cómo percibimos, entendemos y vivimos nuestra vida. Es cómo cree usted que es algo.



Lámina 15. *Cómo entendemos ser cuidador*

1. ¿Qué significa ser cuidador?	2. Creencias o ideas que influyen en su rol de cuidador	3. Esta creencia afecta su vida.	4. ¿Con qué frecuencia afecta su vida?	5. Qué propone para mejorar su calidad de vida?
Es una labor muy difícil, pero tengo que hacerlo porque no se puede abandonar a un familiar enfermo	1. Tengo la obligación de cuidar a mi familia (mamá, papá, hijos, etc.)	(x) Sí () No Por qué: porque es mi familiar.	1. () A diario 2. () 3 a 4 días por semana 3. () Cada semana 4. () Cada 15 días 5. () Cada mes 6. () Nunca	Identificar a más personas que se puedan incluir en el cuidado de mi familiar, no sólo yo tengo la obligación. A veces es muy pesado.
	2. Yo creo que soy el que mejor cuida a mi familiar, él me lo ha dicho	() Sí (X) No Por qué: porque siento que mis hermanos no lo cuidan bien	1. () A diario 2. () 3 o 4 días por semana 3. () Cada semana 4. () Cada 15 días 5. () Cada mes 6. () Nunca	No tengo que cambiarlo. Pero se me ocurre que puedo enseñar a mis hermanos para que ellos también lo cuiden bien.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: No olviden enfatizar el puntaje en la columna 3.

¿Con qué frecuencia afecta tu vida? Este es un indicador muy importante para iniciar los cambios en nuestras vidas. Sobre todo en las creencias que se ubiquen en el puntaje 1 opción A diario o puntaje 2 opción 3 a 4 días por semana, ya que éstas en verdad afectan la vida de manera importante.

Repartir la lámina 16 y pedirles que la llenen de manera individual. Dar 10 minutos. Pedir un voluntario y escribir las respuestas en la lámina o en una pizarra. Comentar al menos una de las creencias que influye en su rol de cuidador.



Lámina 16. Creencias que influyen en su rol de cuidador

1. ¿Qué significa ser cuidador?	2. Creencias o ideas que influyen en su rol de cuidador	3. Esta creencia afecta su vida.	4. ¿Con qué frecuencia afecta su vida?	5. ¿Qué propone para mejorar su calidad de vida?
	1.	() Sí () No Por qué:	1. () A diario 2. () 3 a 4 días por semana 3. () Cada semana 4. () Cada 15 días 5. () Cada mes 6. () Nunca	
	2.	() Sí () No Por qué:	1. () A diario 2. () 3 a 4 días por semana 3. () Cada semana 4. () Cada 15 días 5. () Cada mes 6. () Nunca	
	3.	() Sí () No Por qué:	1. () A diario 2. () 3 a 4 días por semana 3. () Cada semana 4. () Cada 15 días 5. () Cada mes 6. () Nunca	
	4.	() Sí () No Por qué:	1. () A diario 2. () 3 a 4 días por semana 3. () Cada semana 4. () Cada 15 días 5. () Cada mes 6. () Nunca	

Fuente: Elaboración propia.

El facilitador anota en la pizarra los ejemplos de los participantes (si no hay mucho tiempo anotar sólo dos).



Al final se analizan y comentan las respuestas conjuntamente con los participantes y se destaca la importancia que tiene de la manera como nos percibimos con el rol que ejercemos como cuidadoras/cuidadores.



4.3. Receso

4.4. Procedimientos de movilización

Mencionar:

Dando continuidad a las necesidades básicas de higiene y alimentación, revisaremos las técnicas de movilización del paciente encamado, así como algunas medidas de la mecánica corporal que debe realizar el cuidador al realizar la movilización de su paciente.

Importancia de la movilización y transferencia.

El movimiento es una capacidad ligada íntimamente con la vida humana. Para que una persona pueda relacionarse con el entorno es imprescindible tener la posibilidad y autonomía de moverse. La inmovilización afecta la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.

La movilización y transferencia de personas que se encuentran reducidas o con cualquier otro trastorno del movimiento son actividades que están presentes en los familiares con limitación de movimiento por lesiones o en familiares geriátricos, que suponen una carga física considerable para el cuidador principal que, en caso de no estar entrenado para ello, pueden provocarle importantes lesiones musculoesqueléticas.

- (a) Identificando datos por mala postura cuando realizo movilización o transferencia. Ahora realizaremos una lluvia de ideas.

Lámina 5. *Lluvia de ideas*

Cualquiera que tenga una idea la puede compartir.
 Nadie comentará durante la lluvia (ni negativo ni positivo).
 No habrá preguntas ni discusión hasta el término de la sesión.
 Sólo clarificación de ideas se hará al final.



Fuente: Manual del Programa "Tomando control de su salud", Universidad Stanford, los Estados Unidos.

La pregunta de esta lluvia de ideas es la siguiente:

¿Cuál es uno de los síntomas que puede padecer el cuidador por no realizar una adecuada postura para movilizar o transferir a su familiar?

En una pizarra o cartulina escriba las respuestas. Después de la lluvia de ideas lea la lista y pregunte si alguien quiere clarificar una idea. Asegúrese de agregar a la lista los siguientes puntos si no fueron mencionados.



- Dolor en articulaciones (rodilla, codo, tobillo etc.).
- Dolor en la espalda.
- Dolor en brazos.
- Dolor en la columna vertebral.
- Dolor en el cuello.

(b) Sabemos que ese dolor en diversas partes de nuestro cuerpo puede provocar serias lesiones para evitarlo identifiquemos la manera correcta.

Ahora haremos otra lluvia de ideas con la pregunta siguiente:



¿Han observado cómo movilizan o transfieren a su familiar?

En una pizarra o cartulina escriba las respuestas. Después de la lluvia de ideas lea la lista y pregunte si alguien quiere clarificar una idea. Asegúrese de agregar a la lista los siguientes puntos si no fueron mencionados.



- Flexionar las rodillas.
- Mantener la espalda recta.
- Impulsar con nuestro propio peso.
- Los músculos se encuentran siempre en ligera contracción.
- Evitar doblar la cintura.
- Mantengo apoyo sobre una base amplia.

- Separo los pies.
- Impulso mi cuerpo junto con el de mi familiar.

(c) Mecánica corporal

Para llevar a cabo estas técnicas es importante conocer el significado de *mecánica corporal*. La mecánica corporal es el uso eficiente, coordinado y seguro del cuerpo, con el objeto de utilizar el sistema osteomuscular de forma eficaz, reduciendo la energía requerida para moverse y mantener el equilibrio, evitando la fatiga innecesaria y la aparición de lesiones.

Su finalidad principal es facilitar el uso seguro y eficiente del grupo de músculos adecuado. La postura significa tener el cuerpo bien alineado y en equilibrio.

Cuidando la postura cuidamos nuestro cuerpo, en especial los músculos y los tendones. Los músculos se encuentran siempre en ligera contracción y el esfuerzo que se requiere para mover a su familiar depende de la resistencia de la fuerza de gravedad del cuerpo del cuidador.

Consejos para la movilización y transferencia del familiar

- Siempre que sea posible utilizar medios mecánicos.
- Debe evaluar el trabajo y planificar la movilización.
- Seleccionar los medios de ayuda en función del estado y las características del familiar dependiente o semidependiente, peso, edad, etc.
- Tener presente las dimensiones de los espacios de trabajo, los pasillos o las escaleras.
- Los medios más usuales son: camas y camillas de altura graduable, sábanas deslizantes que facilitan los desplazamientos longitudinales, deslizadores que ayudan a trasladar al paciente de la cama a la silla o viceversa y el trapecio o las barras de apoyo que permiten al paciente sujetarse con las manos y colaborar en la movilización.

(d) Técnica de movilización en cama y silla.

Solicitamos un voluntario para que nos diga cómo movilizarlo.

Con el apoyo de dos participantes se realiza la siguiente técnica de: Movilización de familiar encamado, en decúbito dorsal a decúbito lateral izquierdo.



Movilización de familiar encamado en decúbito dorsal a decúbito lateral derecho con sábana clínica (dos personas) 

Se utilizará un muñeco, una sábana y un tapete para la demostración si no es posible hacerlo con un voluntario para que haga el rol del familiar.

Luego de hacer la demostración se da lectura a la lámina 17.

Colocar la cama en posición horizontal y quitar las almohadas. Se solicita la participación de uno o dos voluntarios. 

Lámina 17. Técnica de movilización en cama y silla

1. Colocar la cama en posición horizontal y quitar las almohadas.

2. Colocarse uno en cada lado de la cama con sus piernas separadas para una mejor superficie de apoyo, flexionar un poco las rodillas para apoyarse en la cama, enrollar por ambos lados la sabana entremetida lo más cercano posible al cuerpo de su familiar.

3. Una vez enrollada la sabana clínica por ambos lados se procede a deslizar hacia el lado izquierdo de la cama, se toma los pies e igual se acomoda del lado izquierdo de la cama y se desenrolla la sabana entremetida. Acomodar el brazo derecho en ángulo recto sobre la cama.



4. La persona que se encuentra del lado derecho de la cama sujeta el lado izquierdo de la sabana entremetida para deslizar a su familiar hacia él y al mismo tiempo la persona que se encuentra del lado izquierdo de la cama lo empuja suavemente hacia la derecha.



Una vez lograda la posición deseada se entresaca un poco el hombro izquierdo y se procede a la colocación de almohadas o cojines en los puntos de presión.

Fuente: Elaboración propia.

(e) Movilización de su familiar cuando se ha deslizado hacia la parte de debajo de la cama (1 persona).

Se solicita la participación de un voluntario.



Lámina 18. Movilización de familiar cuando se ha deslizado de la cama (1 persona)

1. Colocarse en la cabecera de la cama con las piernas separadas y las rodillas ligeramente flexionadas para apoyarse en la cama.
2. Colocar sus manos debajo de ambas axilas y deslizar al paciente con cuidado hacia arriba.



Fuente: Elaboración propia.

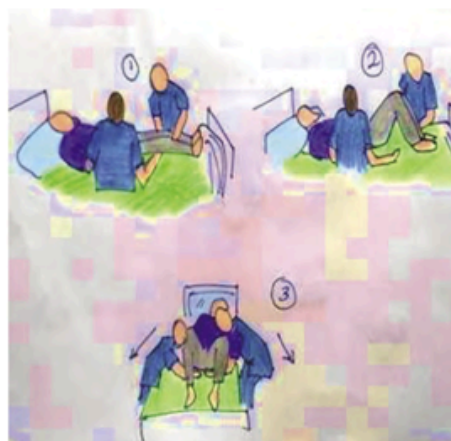
(f) Movilización de su familiar cuando se ha deslizada hacia la parte de debajo de la cama (2 personas).

Se solicitan voluntarios para esta actividad.



Lámina 19. Movilización de su familiar cuando se ha deslizado hacia la parte de debajo de la cama (2 personas)

1. Colocarse una persona a cada lado de la cama.
2. Posicionar una mano debajo de la escápula pasando por el cuello para que el antebrazo sujete el cuello, la otra mano.
3. Colocarlo en las axilas, apoyarse las rodillas en la cama y finalmente deslizar con cuidado hacia la cabecera de la cama.



Fuente: Imagen elaborada por Ana Paola Méndez Flores.

(g) Movilización de su familiar de cama a silla con un paciente que colabora (1 persona).

Se solicita la participación de uno o dos voluntarios.



Lámina 20. Movilización de su familiar de cama a silla con un paciente que colabora

Posicionar a su familiar en alguna de las orillas de la cama en decúbito supino. Mover a mi familiar en tres partes: pies, cuerpo y cabeza. Moverlo hacia el lado de la cama que se desee.



Colocar una mano debajo de la rodilla, la otra mano colocarlo en la zona lumbar, hacer un leve giro a su familiar por el lado de los pies para que se logre la posición de sentado.



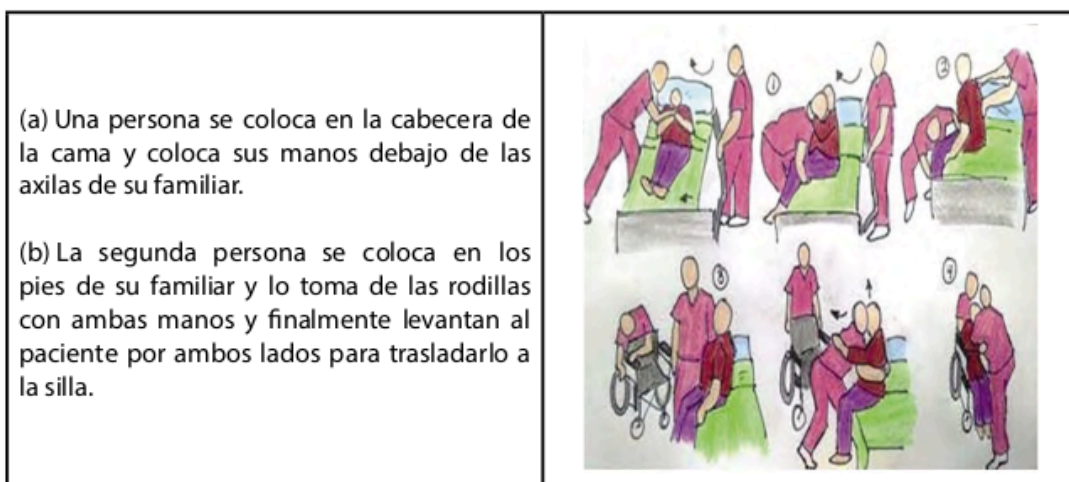
Colocarse en frente a su familiar, flexionar un poco sus rodillas y ubicarlas justo al lado de las rodillas de su familiar para bloquearle las piernas, colocar sus manos por debajo de las axilas, pedirle a su familiar que se sujete bien a su cuello y después levantarlo con cuidado hasta que su familiar se pare, finalmente se girara de poco a poco hacia el lado donde se encuentre la silla y proceder a sentarlo con cuidado.	
Una vez sentado su familiar y llegara a quedarse muy a la orilla de la silla, se colocará detrás de la silla, posicionara sus brazos debajo de las axilas apoyándose sobre los brazos entrelazados del paciente y lo deslizará hacia atrás.	

Fuente: Elaboración propia.

(h) Movilización de su familiar que no colabora de cama a silla (dos personas).

Se solicita la participación de uno o dos voluntarios.



Lámina 21. *Movilización de su familiar que no colabora de cama a silla (dos personas)*

Fuente: Imagen elaborada por Ana paola Méndez Flores.

En caso de que no se puedan realizar las demostraciones pasar el siguiente video:
www.reddeautomanejo.com
 Técnicas de movilización
 hacer https://www.youtube.com/watch?v=-_76jlSaMZg

4.5. Actividad física

Ejercicios físicos (cardiovasculares y aeróbicos)

Mencionar:

Como se mencionó en la sesión 2, se recomienda realizar 150 minutos a la semana de actividad física cardiovascular y aeróbica, tanto en adultos como en adultos mayores.

Estos son ejercicios de fortalecimiento muscular de intensidad moderada o mayor que involucren todos los grupos musculares principales dos o más días a la semana.

Se recomienda realizar actividad física (AF) que incluya múltiples componentes como el entrenamiento de equilibrio, actividades aeróbicas y fortalecimiento muscular.

Cuando los adultos mayores no puedan realizar 150 minutos de AF aeróbica de intensidad moderada semanal debido a sus condiciones crónicas,

deben ser tan físicamente activos como lo permitan sus habilidades y condiciones.

Es importante hacer calentamiento antes de correr, caminar o realizar deporte con la finalidad de evitar lesiones. Los ejercicios cardiovasculares sirven para el calentamiento o enfriamiento del cuerpo, nos permiten adquirir condición para realizar actividades físicas más intensas como los ejercicios aeróbicos al mejorar la capacidad del corazón para bombear sangre hacia los músculos y tejidos, y oxigenar mejor.

Los ejercicios cardiovasculares son de menor frecuencia cardíaca (entre 60 y 70%) de nuestra frecuencia cardíaca máxima (FCM) que los ejercicios aeróbicos (entre 70 y 80%). *La diferencia entre los ejercicios cardiovasculares y los aeróbicos es la intensidad de la actividad física.*

Todos conocemos y hemos realizado alguna actividad física, ¿pueden nombrar alguna?

Dejar unos minutos para escuchar sus respuestas, luego resume con lo siguiente:



Así es que tenemos, por ejemplo:

Caminatas y paseos, correr y trotar, natación, saltar / brincar la cuerda, ciclismo, baile, entre otros.

¿Cuáles son los beneficios de realizar actividad física según lo recomendado?

(150 minutos a la semana)

Escuchar las respuestas y completar si no los mencionaron:



Beneficios:

- Mejora la condición del estado de salud general.
- Aumento de la circulación a nivel de las estructuras musculares oxigenando así los músculos, tendones y disminuyendo la acumulación de ácido láctico.
- Mejora la movilidad articular y la flexibilidad muscular.
- Mejora la postura.
- Disminuye el esfuerzo en la ejecución de las tareas diarias.

- Se presenta un refuerzo de la autoestima.
- Previene lesiones mentales (estrés o nervios).
- Ayuda a mantener el equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.

Práctica de ejercicios cardiovasculares durante 10 minutos

Los facilitadores deben modelar los ejercicios mostrando la lámina 22.



Ejemplo de ejercicios cardiovasculares

Lámina 22. Ejercicios cardiovasculares

<i>Ejercicio</i>	
Marcha en el mismo lugar subiendo las rodillas. Repeticiones: 10 cada miembro.	
Punta de pie a un lado abro y cierro. Repeticiones: 10 cada pie. Agregar movimiento de brazos cruzado arriba y bajar los brazos. Repeticiones: 20 movimientos.	
Marcha en el mismo lugar. Repeticiones: 10.	

Con los brazos en la cabeza y la espalda recta, levanta una pierna hacia delante, flexionando la pierna, simulado que tu muslo toca tu pecho y luego bájala despacio. Alterna ambas piernas. Repeticiones: 10 en cada pierna.	
Marcha en el mismo lugar. Repeticiones: 10.	

Fuente: Elaboración propia.

Sugerir a los participantes iniciar realizando los ejercicios, puede ser un plan de autocuidados de la semana. Si no es factible hacer los ejercicios pasar el siguiente video:
www.reddeautomanejo.com
<https://www.youtube.com/watch?v=8ShzDvzZjiA>

4.6. Compartir logros en su avance de proyecto de vida

Ahora ya casi estamos a punto de cerrar esta sesión, pero no lo haremos sin antes pedir a un voluntario que nos comparta cómo le fue con el proyecto de vida que elaboró en la primera sesión, su proyecto de vida a largo alcance.

Pedir un voluntario.



Pedirle que de manera breve nos recuerde cuál es su meta del proyecto de vida y qué alcance o qué dificultades tuvo y repetir los pasos de resolución de problemas realizados en los planes de acción.



Preguntarle si le gustaría compartir la dificultad presentada. Si no desea hacerlo agradecerle y pasar al siguiente participante.



Si comparte la dificultad, preguntarle si tiene una solución en caso de que se presentara esa dificultad en otra oportunidad; si dice que sí, agradecerle por su participación, si dice que no, preguntarle si quiere recibir propuestas de otros participantes, pedir voluntarios y escribir en la pizarra sólo tres o cuatro propuestas, y hacerle saber al participante que puede tomar alguna de estas sugerencias. 

4.7. Cierre de la sesión

Agradecer a todos por su participación y recordarles que se les espera a la misma hora y lugar. Recordarles que es importante siempre ser puntuales y desearles éxito en sus planes y proyectos.

Sesión 5. Manejo de comportamientos difíciles I

Competencias:

Al término de la sesión el participante:

- Identifica los estereotipos y prejuicios de conducta que interfieren en la relación cuidador y persona cuidada.
- Identifica la importancia de una comunicación asertiva.
- Define los comportamientos difíciles y sus áreas de impacto.

<i>Actividades / Contenidos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Materiales</i>
5.1. Compartir experiencias: con sus planes de autocuidado semanal.	30'	Copia del sociodrama. Copia del gráfico de alimentos. Copia del diario.
5.2. Técnica de comunicación asertiva: Pedir ayuda.	20'	
5.3. Receso.	15'	
5.4. Manejo de comportamientos difíciles 1.	45'	
5.5. Alimentación saludable.	15'	
5.6. Compartir logros en su avance de proyecto de vida.	15'	
5.7. Cierre de la sesión.	5'	

5.1. Compartir experiencias: con sus planes de autocuidado semanal

Buenos días/ buenas tardes, iniciamos nuestra quinta sesión compartiendo nuestros planes de autocuidado semanal, empezaremos nosotros:

Facilitador 1 pregunta al facilitador 2:



¿Cómo te fue con tu plan de autocuidado semanal?

Sólo dínos si lo cumpliste total o parcialmente, y si fue parcialmente ¿podrías compartir con nosotros cuál fue la razón?

Empezar una vez que ambos facilitadores compartieron su plan de autocuidado semanal, pedir un voluntario y de ahí seguir en el sentido de las agujas del reloj.



Si durante esta actividad algún participante no cumplió o cumplió parcialmente, recordar las respuestas para cada ocasión, igualmente aplicar solución de problemas cada vez que sea oportuno.

Ahora formularemos cada uno nuestros planes de autocuidado semanal para esta semana.

Al terminar de formular los planes de autocuidado semanal, recordarles que la próxima sesión se compartirá cómo nos fue.



Si considera necesario describir la lámina 3 para formular los planes de autocuidado semanal.



5.2. Técnica de comunicación asertiva

Técnica para pedir ayuda

Mencionar:

Son muchas las personas a las que les cuesta pedir ayuda a los demás.

¿Es tu caso?, ¿eres de las personas que intentan solucionar todo solas sin decir nada a nadie?

Uno de los principales motivos por los que las personas no piden ayuda o les cuesta hacerlo es por la falsa creencia de que pedir ayuda es sinónimo de debilidad. ¡Nada más lejos de la realidad!

La realidad es que las personas no somos autosuficientes y, desde luego, no podemos hacer absolutamente todo por nosotros mismos. Las personas que avanzan, que crecen, que evolucionan y llegan lejos tienen siempre un denominador común: reconocen sus límites y piden ayuda.

A continuación, veamos algunas recomendaciones que te ayudarán a pedir ayuda.

Lámina 23. Técnica para pedir ayuda

1. **Di lo que quieres:** Expresa lo que quieres de forma clara, sin dar vueltas, con cariño y con respeto: "te agradecería si puedes ayudarme con el trabajo", "me haría muy feliz que me llames", "quiero un abrazo".
2. **Dilo con seguridad:** Date cuenta de lo importante que para ti es la ayuda de otra persona. Conecta con la emoción de tu deseo, y con esa convicción, y agradecimiento previo, exprésalo con confianza y respeto. Cree en ti y que lo mereces. Y dilo de la misma forma, también con agradecimiento, respeto y amor, por ti mismo, por la otra persona.
3. **Confía:** Confía en que la otra persona será honesta y sincera. No la juzgue y acepta su derecho y decisión a MENCIONAR **sí**, y también a MENCIONAR **no**.
4. **Se generoso/generosa:** Se generoso/generosa, ya sea para aceptar un "sí", un "no" o un "quizá" como respuesta. Agradece su respuesta, sea esta cual sea, y felicítate a ti mismo por el paso que acabas de dar de pedir ayuda. Sigue practicando más allá de las otras personas, y hazte un maestro en el arte de pedir ayuda a tus personas de confianza.

Fuente: Fundación Pascual Maragall. <https://blog.fpmaragall.org/consejos-para-pedir-ayuda>

A continuación, aplicaremos la técnica de sociodrama, para lo cual necesitaremos tres voluntarios.

Pedir tres voluntarios para ocupar tres papeles.

Actor 1: Será la persona enferma (PE).

Actor 2: Será la persona cuidadora (PC).

Actor 3: Será un familiar de visita (F).

* No olvidar repartir el contenido del sociodrama a los participantes.



Material: Dos sillas y un objeto (bolso, cuaderno, lápiz, etc.) que se coloque en el suelo cerca de la silla que ocupe el familiar de visita.

Preparación: Coloque las dos sillas, una al lado de la otra, si el espacio lo permite, en medio del salón, si no, enfrente del grupo.

Presentación: La persona enferma (PE) debe tomar asiento en una silla, el familiar de visita en la silla de al lado, la PC permanece de pie al lado de la PE.

PE expresa en tono de sorpresa "Ahhh, mira allí en el piso... allí está el [objeto] que no encontrábamos... Pásenmelo, por favor".

PC responde en forma apresurada "ahorita te lo paso, sólo déjame llegar y agacharme, recuerda que amanecí con dolor de espalda y debo agacharme despacio para poder levantarme luego". El F sólo se dedica a ver la escena, aunque el objeto está más cerca de su silla.

Preguntas para discusión:

¿La PC pidió ayuda?, ¿por qué el F no le dio el objeto a la PE?, ¿cómo podría pedir ayuda la PC al F?

5.3. Receso

5.4. Manejo de comportamientos difíciles I

Mencionar:

Dando continuidad a la sesión de hoy abordaremos el tema: "Manejo de comportamientos difíciles". Iniciaremos observando la lámina 1, leyendo el punto 5.

Lámina 1. *Características de un buen automanejo en un cuidador familiar*

<i>Características de un buen automanejo en un cuidador familiar</i>
1. Tener un plan de vida (proyecto de vida personal), así como un plan de autocuidado semanal.
2. Confianza y capacidad para acceder y usar una red social de soporte: familia, amigos, instituciones sociales de apoyo al cuidador, servicios de salud.
3. Manejo del impacto de su condición de cuidador/ra en los aspectos físicos, emocionales y sociales. Físicos: Dolor por inadecuados movimientos físicos, problemas para dormir, no comer a la hora o problemas de horario, alimentación inadecuada. Emocionales: Depresión, frustración, irritabilidad, despersonalización, dejar de tener su propio proyecto de vida. Sociales: Aislamiento, dejar su red social acostumbrada, no tener su propio espacio para él o ella misma.
4. Disponer de adecuado estilo de vida para evitar implementar comportamientos que no promuevan la salud. (Actividad física programada, adecuada alimentación, horario de sueño o hábitos nocivos).

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 presentarán en su condición crónica.

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

Fuente: Elaboración propia.

Una de las características de un buen automanejo en un cuidador familiar es el de tener conocimientos y destrezas sobre la condición y el cuidado de la persona que cuida. Esto implica conocer la condición de la persona, sobre todo los cambios que se presentarán en su condición crónica. Asimismo, es necesario conocer aspectos para su cuidado: procedimientos relacionados con la higiene, alimentación, movilización; con el tratamiento médico; con los cambios emocionales, depresión, con los comportamientos difíciles.

El facilitador articula lo manifestado con el contenido de los puntos restantes considerados en la lámina 1. En seguida, menciona:



Considerando lo manifestado, en esta sesión y la siguiente vamos a centrarnos en los comportamientos difíciles que presenta o puede presentar la persona que cuida, también identificaremos cómo esos comportamientos afectan al cuidador. Igualmente, revisaremos las intervenciones del cuidador para su manejo, en beneficio de la persona cuidada y de él mismo.

Definiendo comportamiento difícil y su impacto en el cuidador.

Trabajo en pequeño grupo

Se solicitará conformar grupos (no más de cuatro personas), y conversarán sobre lo que ellos entienden como comportamiento difícil de la persona a quien cuidan. Son preguntas orientadoras:



- ¿Qué es un comportamiento difícil?,
- ¿Cuándo consideran que la persona a quien cuida presenta un comportamiento difícil?
- ¿Cuáles comportamientos difíciles presenta la persona a quien cuida?

Luego comparten y discuten en grupo.



Transcurridos 10 minutos de trabajo en pequeños grupos, el facilitador solicita la intervención de los participantes; la inicia en forma voluntaria. Se solicita que tengan en cuenta mencionar, brevemente, cuál es la situación de salud de la persona a quien cuidan.



*Como es la quinta sesión, es de esperar que el facilitador conozca la situación de la persona cuidada, que haya sido presentada en alguna sesión anterior.
(El facilitador y el colaborador deben registrar ese y otros datos a lo largo de las sesiones.)*

Presenta la lámina 24 y lee su contenido.

El colaborador anotará en la pizarra / papelógrafo los aspectos principales manifestados, haciendo la lectura e identificando la semejanza o diferencia de los aspectos vertidos.



El facilitador consensua la definición, la precisa y analiza con los participantes.



Lámina 24. Comportamiento difícil

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 quien 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. En mayor frecuencia en aquellas que padecen alguna enfermedad mental como Enfermedad de Alzheimer, deterioro de la función intelectual, demencia.

¿En qué forma se presentan?

Conducta pasiva

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

Humor inestable

Pueden llegar a la agresión verbal o física, tener reacciones inesperadas, agitación, hacer 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.*

Identificando el impacto del comportamiento difícil en el cuidador.

Ya conocemos qué es un comportamiento difícil. Y, pregunta:

¿Cómo se sienten frente a esos comportamientos?

¿Qué les hace sentir?

¿Cómo los afecta?

¿Cuáles sentimientos/emociones sienten ustedes cuando la persona cuidada presenta este tipo de comportamiento?

Para responder, se mantienen los grupos conformados y discuten, dialogan con base en las preguntas especificadas.



Luego, el facilitador pregunta en forma abierta logrando que participen; se respetará a quienes no deseen hacerlo. El colaborador va anotando en la pizarra y luego da lectura.

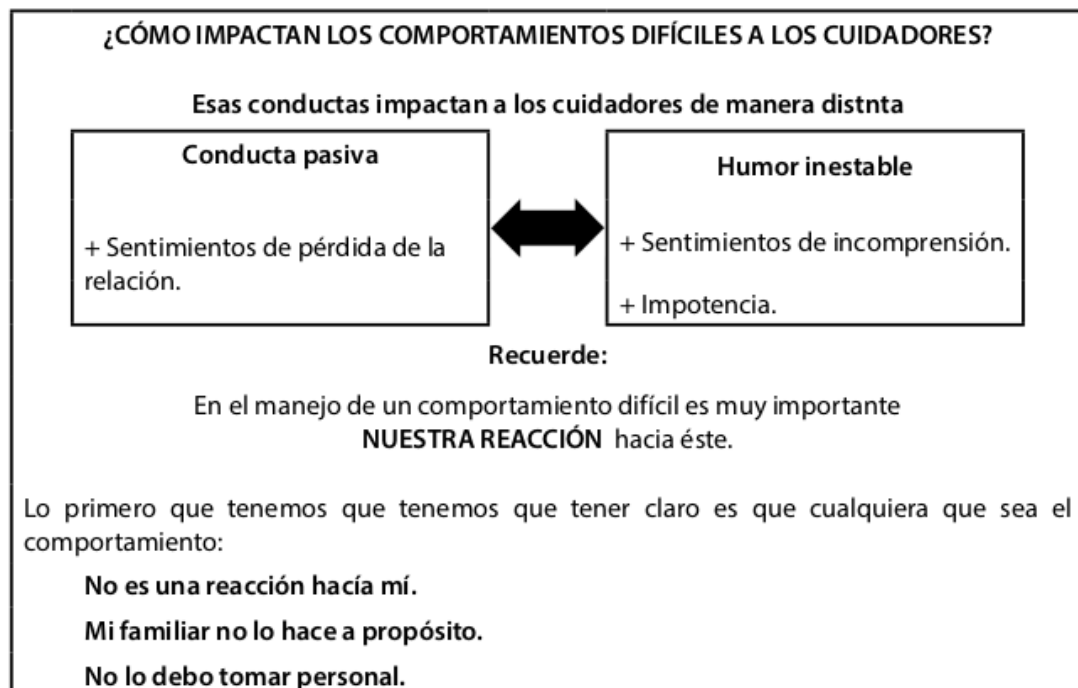


El facilitador dialoga identificando a través de las respuestas anotadas cuáles son las emociones/ sentimientos comunes en los participantes.



Presenta lámina 25 y reafirma, amplía el sentir del cuidador.

Lámina 25. *Impacto del comportamiento difícil en el cuidador.*



Fuente: Elaboración propia.

Es muy probable que los cambios en el comportamiento que presenta la persona cuidada, con el avanzar del tiempo, con la edad, el avance de las enfermedades crónicas, sean cada vez más acentuados y ofrezcan dificultad para afrontarlos, por no saber qué hacer, por observar y sentir que la comunicación no funciona.

Esta situación genera dificultades, problemas en la relación entre el cuidador y la persona a quien cuida y éstas, a su vez, incentivan que se acentúen los cambios. Recordemos que la relación entre el cuidador y la persona cuidada es bidireccional. Ambos están comprometidos en la relación. Lo que hace uno puede afectar al otro y viceversa. Lo expresado se acentúa aún más en las personas con demencia. Este aspecto, específicamente, lo veremos en la siguiente sesión.

Identificando la necesidad de lograr habilidad para manejar los comportamientos difíciles.

El facilitador pregunta:



¿Cómo les gustaría sentirse frente al comportamiento difícil?

¿Qué consideran que sería necesario fortalecer en ustedes para poder manejarlo, para que no los afecte o su intensidad sea menor?

¿Con cuáles habilidades consideran ustedes que cuentan y con cuáles no?

¿En qué tendrían que cambiar, qué modificar?

¿En qué consideran que es necesario fortalecerse?

Se mantienen los grupos conformados, analizan e intercambian opiniones.



El facilitador solicita la participación y el colaborador va anotando en la pizarra.



El facilitador dialoga identificando a través de las respuestas cuál es el sentir común del grupo.



Presenta lámina 26.

Lámina 26. *Habilidades generales para el manejo de comportamientos difíciles***HABILIDADES GENERALES PARA EL MANEJO DE COMPORTAMIENTOS DIFÍCILES****¿Qué sí podemos hacer?****1. Conocer a su familiar y su enfermedad.**

¿Hay alguna 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 auto-respeto.

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 evidente 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 Family Caregiver Alliance. National Center on Caregiver (2016). *Guía del Cuidador para entender los comportamientos relacionados con la demencia*.

Mencionar:

Bien, en la sesión hemos revisado los aspectos generales del comportamiento difícil en su manejo general; en la próxima sesión revisaremos en forma específica los comportamientos difíciles, las habilidades y estrategias para su manejo en caso de que la persona tenga Alzheimer u otra demencia.

Finalizamos la sesión preguntando: ¿quisieran lograr el manejo efectivo de los comportamientos difíciles?

Solicita intervención voluntaria, dialoga con los participantes.



Recordemos que es conveniente que esta necesidad de manejar el comportamiento difícil esté considerada en su plan de acción. Vayan pensando

cuál será la recompensa que ustedes se darán cuando el manejo de los comportamientos difíciles de la persona a quien cuidan, poco a poco, vaya logrando sus metas.

Dejar tarea para la próxima sesión: traer por escrito los comportamientos difíciles que durante la semana ha presentado la persona a quien cuida y frente a ellos. Se les ofrecerá una hoja de registro, producto de la adecuación de la Lámina 33 de la sesión siguiente —**Diario de comportamiento**—. Describir el diario. Pueden registrar todos los comportamientos difíciles que presentaron, pero con uno solo de ellos será el registro completo.



5.5. Alimentación saludable (20 minutos)

Mencionar:

Para dar continuidad a esta sesión vamos a abordar un tema más sobre alimentación saludable, la cual, como ya se comentó, es un aspecto importante para llevar un estilo de vida saludable, lo que constituye una de las características para un buen automanejo en un cuidador familiar.

Como podrán recordar, en la sesión 3 se abordó el tema sobre las características de una alimentación saludable, ¿alguien recuerda cuáles son esas características?

Permitir que uno o dos participantes den respuesta al planteamiento, si no hay voluntarios pedir directamente a alguno de los asistentes que participe y el facilitador retroalimentará con apoyo de la lámina 9 sobre las características de la alimentación saludable.



Muy bien, ya que hemos recordado las características de una alimentación saludable, como podemos ver una de éstas es que debe ser natural y no procesada y variada, es decir, que debe incluir los diferentes grupos de alimentos tales como: la leche y sus derivados; frutas, verduras y hortalizas, cereales, legumbres, carnes, aves, pescados y huevo.

El hecho de que la alimentación sea variada, en primera la hace más agradable, pero sobre todo garantiza el aporte de todos los nutrientes necesarios para el óptimo funcionamiento de todo el organismo. Una herramienta gráfica creada por la Secretaría de Salud del gobierno de México

para orientar a las personas hacia una alimentación balanceada es el “Plato del bien comer” (véase la lámina 27).

Lámina 27. *El plato del bien comer*



Fuente: www.gob.mx/siap/es/articulos/el-plato-del-bien-comer?idiom=es

El plato del bien comer ayuda, como ya se comentó, a que la alimentación sea natural, variada, a combinar de manera correcta todos los grupos de alimentos para lograr un aporte equilibrado de los nutrimentos (hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas y minerales) que permita un balance entre las calorías que se ingieren y las que se gastan para evitar problemas como el sobrepeso y la obesidad.

Se recomienda que en cada una de las comidas se incluya al menos un alimento de cada grupo y que de preferencia se hagan tres comidas y dos colaciones diariamente. Como podemos ver en el plato del bien comer los alimentos se dividen en tres grupos: cereales, verduras y frutas, leguminosas y alimentos de origen animal.

Ahora les mostraremos un ejemplo de plato del bien comer con sus porciones, así como una guía para el cálculo de éstas; tomando como refe-

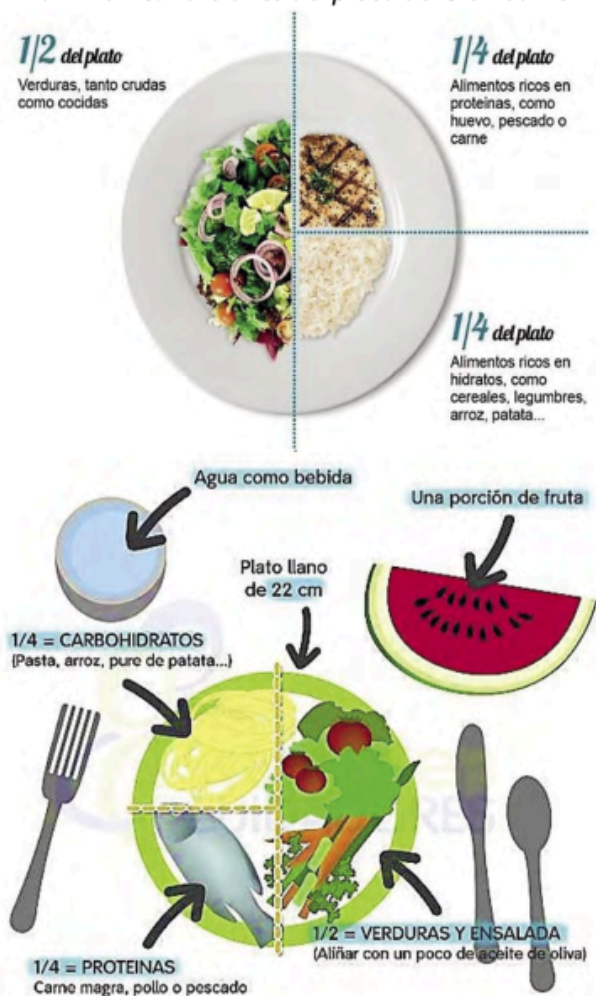
rencia la técnica de “la mano” en desayuno, comida y cena, su plato debe verse así:

Describir la lámina 28.



Para el cálculo de las raciones o porciones se puede preparar un plato como el que podemos ver en la siguiente imagen.

Lámina 28. Porciones del plato del bien comer



Fuente: © 2022 Pacientes y Cuidadores™.

Describir la lámina 29.



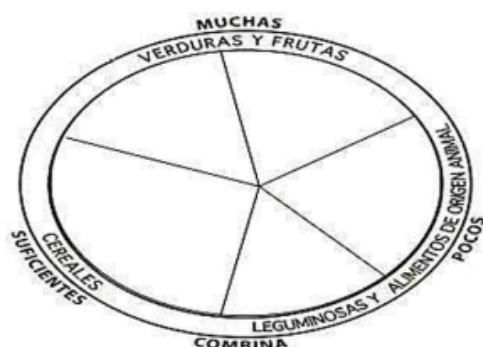
Lámina 29. Técnica del uso de la mano



Fuente: Porciones y Raciones, ¿es lo mismo? - Maia Orgánicos (maiaorganicos.mx).

Ya que hemos visto cómo el plato del bien comer puede ser una herramienta de gran ayuda para que la alimentación cumpla con las características para ser saludable, el ejemplo de cómo se debe ver el plato en las diferentes comidas y cómo calcular las porciones o raciones, veamos cómo es que incorporamos cada uno de los grupos de alimentos de manera proporcional o no durante nuestra dieta, para esto les vamos a proporcionar una hoja con los espacios de los grupos de alimentos del plato del bien comer en blanco para que ustedes coloquen en los mismos todos los alimentos que consumieron el día de ayer, en los respectivos espacios y analizar si hay una distribución de los mismos equilibrada y de acuerdo a lo recomendado.

Entregar hoja a los participantes con la siguiente imagen.



Muy bien, ahora para continuar, ¿podría alguien compartir lo que hizo?, darnos a conocer ¿cómo quedó la distribución de los alimentos que ingirió el día de ayer de acuerdo al plato del bien comer y si hubo un equilibrio entre todos los grupos de alimentos de acuerdo a lo recomendado?

Un facilitador escribirá en la pizarra la respuesta.



Una vez que el participante haya terminado de compartir lo que hizo, se pedirá que los demás participantes den algún comentario de lo que expuso su compañero y, de igual forma, el facilitador podrá hacer algún comentario.



Gracias por compartir tu actividad, ahora ¿alguien tiene algún comentario de lo que nos expuso?

De acuerdo al tiempo del que se disponga podrá haber una o más participaciones y una vez concluidas se procederá a cerrar el tema.



Pues ahora, la invitación para todos es que hagamos uso de esta herramienta (plato del bien comer) como apoyo para incorporar los grupos de alimentos de manera equilibrada, variada, suficiente, completa y adecuada e incluirlo como parte de sus planes de acción.

Con esto damos por terminado este espacio de la sesión dedicado a alimentación saludable.

5. 6. Compartir logros en su avance de proyecto de vida

Ahora ya casi estamos a punto de cerrar esta sesión, pero no lo haremos sin antes pedir a un voluntario que nos comparta cómo le fue con el proyecto de vida que elaboró en la primera sesión, su proyecto de vida a largo alcance.

Pedir un voluntario.

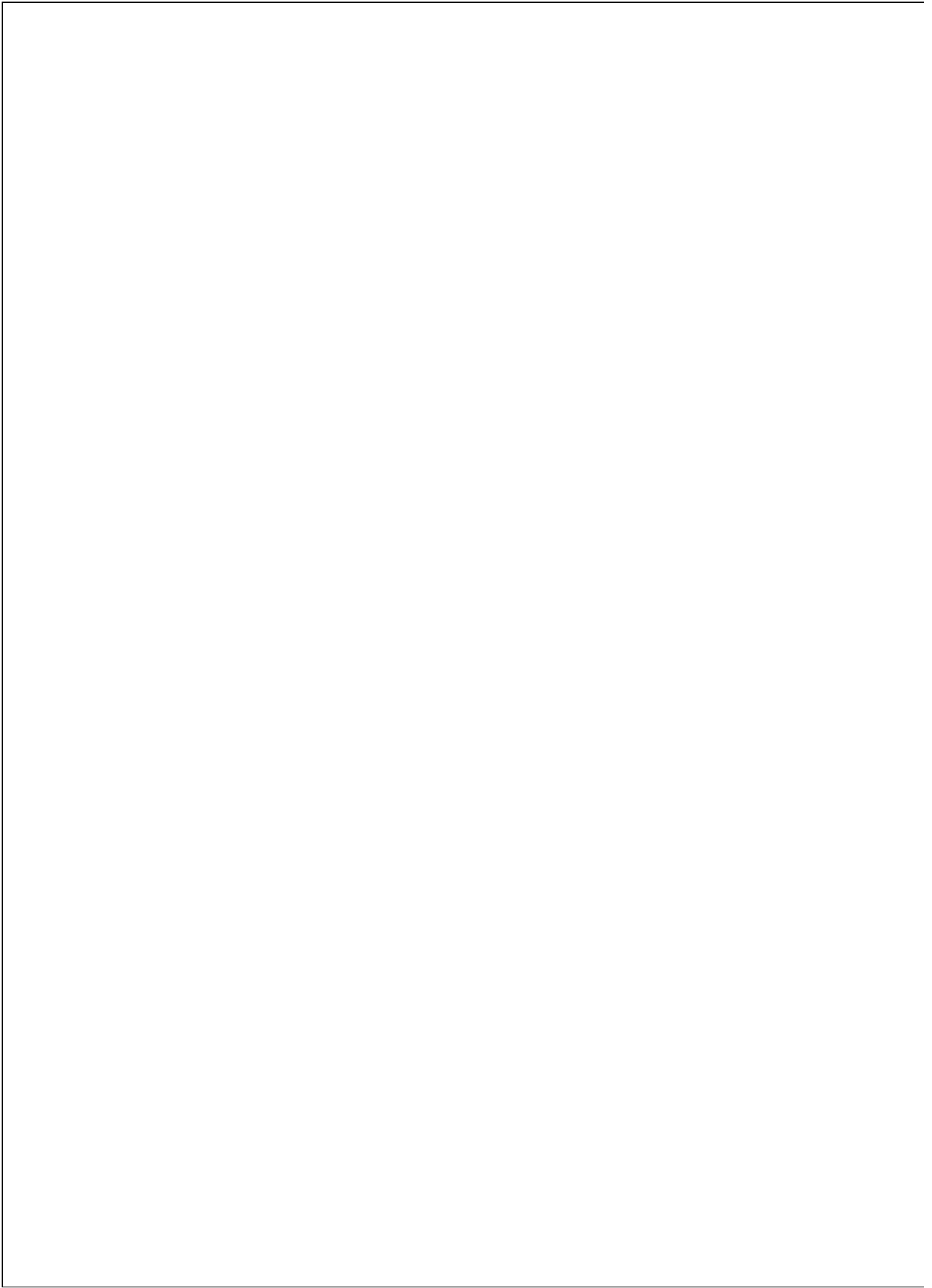


Pedirle al voluntario que de manera breve nos recuerde cuál es su meta del proyecto de vida y qué alcance o qué dificultades tuvo.



5.7. Cierre de la sesión

Agradecer a todos por su participación y recordarles que se les espera a la misma hora y lugar. Recordarles que es importante siempre ser puntuales y desearles éxito en sus planes y proyecto.



Sesión 6. Manejo de comportamientos difíciles II

Competencias:

Al término de la sesión el participante:

- Explica la técnica cognitiva como recurso en el manejo de comportamientos difíciles.
- Analiza las situaciones que originan comportamientos difíciles en la relación cuidador y persona cuidada.
- Desarrolla habilidades sociales necesarias para el manejo de los comportamientos difíciles.

<i>Actividades/ Contenidos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Materiales</i>
6.1. Compartir experiencias: con sus planes de autocuidado semanal.	30'	Video Respiración diafragmática.
6.2. Técnica cognitiva de negativo a positivo.	20'	
6.3. Receso.	15'	
6.4. Manejo de comportamientos difíciles II.	45'	
6.5. Actividad física.	15'	
6.6. Compartir logros en su avance de proyecto de vida.	15'	
6.7. Cierre de la sesión.	5'	

6.1. Compartir experiencias: con sus planes de autocuidado semanal

Buenos días/ buenas tardes, iniciamos nuestra sexta sesión compartiendo nuestros planes de autocuidado semanal, empezaremos nosotros:

Facilitador 1 pregunta al facilitador 2:

¿Cómo te fue con tu plan de autocuidado semanal?

Solo dinos si lo cumpliste total o parcialmente, y si fue parcialmente ¿podrías compartir con nosotros cuál es la razón?



Empezar una vez que ambos facilitadores compartieron su plan de autocuidado semanal, pedir un voluntario y de ahí seguir en el sentido de las agujas del reloj.

Si durante esta actividad algún participante no cumplió o cumplió parcialmente, recordar las respuestas para cada ocasión, igualmente aplicar solución de problemas cada vez que sea oportuno.



Ahora formularemos cada uno nuestros planes de autocuidado semanal.

Si considera necesario describir la lámina 3 referente a la formulación de planes de autocuidado semanal.



Al terminar de formular los planes de **autocuidado semanal**, recordarles que la próxima sesión se compartirá cómo nos fue.



6.2. Técnica cognitiva de negativo a positivo

Mencionar:

Los pensamientos hacen referencia a uno mismo, a lo que nos rodea o al futuro y son fruto del aprendizaje y de las experiencias vividas y, por tanto, también pueden desaprenderse y cambiarse por otros más adaptativos, transformar los pensamientos negativos por positivos y no vivir angustiados por un pasado que ya no se puede cambiar o por un futuro que aún no llega. Por lo tanto, la calidad de nuestros pensamientos determina la calidad de nuestras vidas.

Dar lectura a la lámina 30.



Lámina 30. *Pensamientos negativos y positivos*

NEGATIVOS	Ejemplo	POSITIVOS	Ejemplo
Los pensamientos negativos son automáticos e invaden nuestra mente de forma espontánea, surgen de nuestras creencias y sentimientos. El identificarlos nos permite evaluarlos de forma realista y encontrar soluciones más funcionales.	Soy un inútil.	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.	Yo ayudo siempre a los demás.
	Soy mala persona.		Cada día estoy intentando ser una mejor persona.
	Nadie me quiere.		Yo soy una persona capaz de hacer todo lo que se propone.
	Soy un caos.		Soy amable y agradable. Soy una persona muy trabajadora.

Fuente: Elaborado por María Guadalupe Díaz Rentería y Rodrigo León Hernández.

Se repartirán los formatos con los lápices.



Se solicitan uno o dos voluntarios para ejemplificar esta actividad en el taller.



La siguiente actividad consiste en identificar esos pensamientos negativos y convertirlos en positivos.

Indicar:

1. Identifica y anota algunos pensamientos negativos comunes en tu día a día, anótalos en la columna correspondiente.
2. Analiza y propón una nueva versión de ese pensamiento, pero esta vez dándole una interpretación positiva o neutra, anótalo en la siguiente columna.
3. Modifica tus pensamientos.

Posterior a la actividad describir la lámina 31.



Lámina 31. *Pensamientos negativos, positivos, neutros*

PENSAMIENTO NEGATIVO	PENSAMIENTO POSITIVO O NEUTRO
 Soy una mala persona porque no dedico todo mi tiempo a cuidar a mi familiar. Me levanté con el pie izquierdo, seguro me irá mal todo el día. Nadie entiende lo difícil que es ser cuidador. No sirvo para cuidar a mi madre, hago las cosas mal.	 Soy una buena persona y dedico el tiempo necesario para contribuir al cuidado de mi familiar. Voy a tener un día estupendo. El ser cuidador no es una tarea fácil, pero con la ayuda de la familia lo lograremos. No soy un cuidador experto, pero la práctica hace al maestro, vamos a aprender.

Fuente: Elaboración propia.

Mencionar:

Cuando notes que se te dificulta cambiar un pensamiento negativo a positivo es recomendable tener una frase preparada como:

- Soy una persona maravillosa.
- Soy una persona afortunada.
- Me siento segura.
- Estoy tranquila y relajada.
- Hoy me voy a regalar una caminata relajante. ¡Me lo merezco!

Esto puede ser utilizado como un plan de cuidado semanal.

6.2. Receso

6.3. Manejo de comportamientos difíciles II

Mencionar:

Recuerda que en la sesión anterior se abordaron las habilidades generales para manejar comportamientos difíciles. En esta sesión, y en forma específica, revisaremos cómo afrontar dichos comportamientos y ampliaremos su manejo en caso de Alzheimer u otra demencia.

Realiza un recuento sucinto de lo desarrollado en la sesión anterior, haciendo uso de las láminas 24, 25 y 26. 

Trabajo en pequeño grupo

Se solicitará conformar grupos (no más de cuatro personas). Se sugiere mantener la conformación de los grupos de la sesión anterior.

En cada grupo dialogarán sobre las experiencias que traen como resultado de la tarea que se dejó al finalizar la sesión anterior, haciendo uso de la hoja de registro de entrega.

Transcurridos 10 minutos, el facilitador solicita la intervención de los participantes. Respetar si alguien no desea participar. 

El colaborador irá anotando en la pizarra/papelógrafo lo manifestado por los participantes, presentando los resultados, aquellos comportamientos comunes en el grupo y su intervención para manejarlos. 

El facilitador resume lo expresado por los participantes y menciona: 

Mencionar:

En muchas ocasiones no es fácil para el cuidador hacer frente a los comportamientos difíciles; recordemos que en la respuesta a esos comportamientos se encuentran mezcladas nuestras emociones y las emociones de nuestro familiar, también pueden estar involucrados aspectos orgánicos, reacciones de la enfermedad que contribuyen a que aparezcan determinados comportamientos. Como vimos la sesión pasada, para empezar lo mejor es conocer a nuestro familiar, reconocer nuestras propias emociones, revisar el ambiente y comunicarnos efectivamente (referir nuevamente a la lámina 24).

A veces no es una actividad fácil, pero si lo realizamos paso a paso, de

manera habitual, podremos hacerlo parte de nuestra reacción. Veamos un paso a paso de cómo hacer frente a comportamientos difíciles (véase la lámina 32). Sugerimos lo consideren en su plan de acción. Recordemos la técnica cognitiva de solución de problemas, las técnicas de comunicación y demás herramientas aprendidas en este programa.

Lámina 32. *Haciendo frente a comportamientos difíciles*

Haciendo frente a comportamientos difíciles ¿Qué pasos puedo seguir para llegar a manejar los comportamientos difíciles? Paso 1. Nombrar el comportamiento difícil. ¿Podría ser que cuando lo dejas con otra persona lo encuentras irritable? Paso 2. Si es posible, determinar la causa del comportamiento difícil. Paso 3. Identificar qué pasó antes de este comportamiento. Éste es el "detonante". Paso 4. Identificar qué hiciste durante y después de ese comportamiento. Paso 5. Identificar qué hizo la persona a quien cuidas después de ese comportamiento. Paso 6. Determinar cómo te hizo sentir esto. Paso 7. Identificar si lo que hiciste estuvo orientado a manejar el comportamiento. ¿Es necesario reorientar, cambiar las acciones para el manejo? Paso 8. Evalúa tu progreso. ¿El comportamiento está cambiando? ¿Te estás sintiendo menos estresado? Paso 9. Intenta algo diferente; continúa reajustando tu intervención. Decide si necesitas ayuda y acude a los profesionales de la salud.

Fuente: Loring et al. (2018). Dealing with stress and difficult Care Partner Behavior. En *Building Better Caregivers* (pp. 27-31). Bull Publishing Company.

Cada uno de nosotros, como cuidadores de un familiar podemos enfrentarnos a diversas situaciones, estos pasos nos ayudan a enfocarnos en la búsqueda de soluciones y no sólo en el comportamiento / problema.

¿Podemos tomar uno de los comportamientos que expresaron al inicio de la sesión para analizarlo con este paso a paso? O bien, veamos este ejemplo y analicémoslo con este paso a paso:

Leer el recuadro.	
-------------------	---

A través de opiniones libres se va viendo este paso a paso sobre un ejemplo de comportamiento difícil.

EJEMPLO DE COMPORTAMIENTO DIFÍCIL

Rosa es una cuidadora, a tiempo completo, de su padre Marcos. Ella ha contratado a Sofía, quien pertenece a un grupo de la iglesia, para que acuda a su casa y se sienta con Marcos por un par de horas tres veces a la semana. Eso le permite a Rosa ir de compras e ir a comer con algún amigo. Sin embargo, cuando Rosa llega a casa, Marcos le empieza a gritar y le dice que a ella no le importa cuidarlo, que ella es mala. Rosa termina llorando.

El facilitador deberá dejar que el grupo exprese lo que considera en cada paso, pero debe hacer énfasis en los detonantes y en las reacciones, al tiempo que orienta al grupo a reconocer que cambiando el detonante y las reacciones el comportamiento puede minimizarse o eliminarse. 

Una vez identificados los pasos tenemos dos opciones para cambiar el comportamiento difícil:

1. **Puedes cambiar o evitar el detonante.** Como vimos en la sesión anterior, a veces pequeños cambios en la rutina o en el ambiente pueden ser detonantes para esos comportamientos. Si estamos atentos a lo que sucede a nuestro alrededor podemos evitarlos o modificarlos. En ocasiones eso se torna un poco difícil por la condición de enfermedad; por ejemplo, en los casos de demencia. Eso lo abordaremos un poco más específicamente en un momento.
2. **Puedes cambiar tu reacción al comportamiento.** Recuerda: No es una reacción hacia ti, no lo hace a propósito, puede ser sólo una expresión más de la enfermedad.

Leer el recuadro. 

Considera el ejemplo de Marcos gritándole a Rosa siempre que ella regresaba después de estar un corto periodo fuera de casa. Puede que no sea posible o saludable cambiar el detonante, el cual es que Rosa salga de casa, pero es posible que Rosa reaccione diferente o piense diferente acerca del comportamiento de Marcos. No es su amoroso padre el que le habla, sino su enfermedad.

Llevar un registro de los retos a los que nos enfrentamos y cómo los superamos puede ayudarnos a reconocer lo que nos funciona y lo que no. Éste es un ejemplo de cómo podemos llevar un diario de esos comportamientos difíciles y su manejo, como lo hicimos en la tarea para esta sesión.

Lámina 33. *Diario de comportamientos difíciles y su manejo*

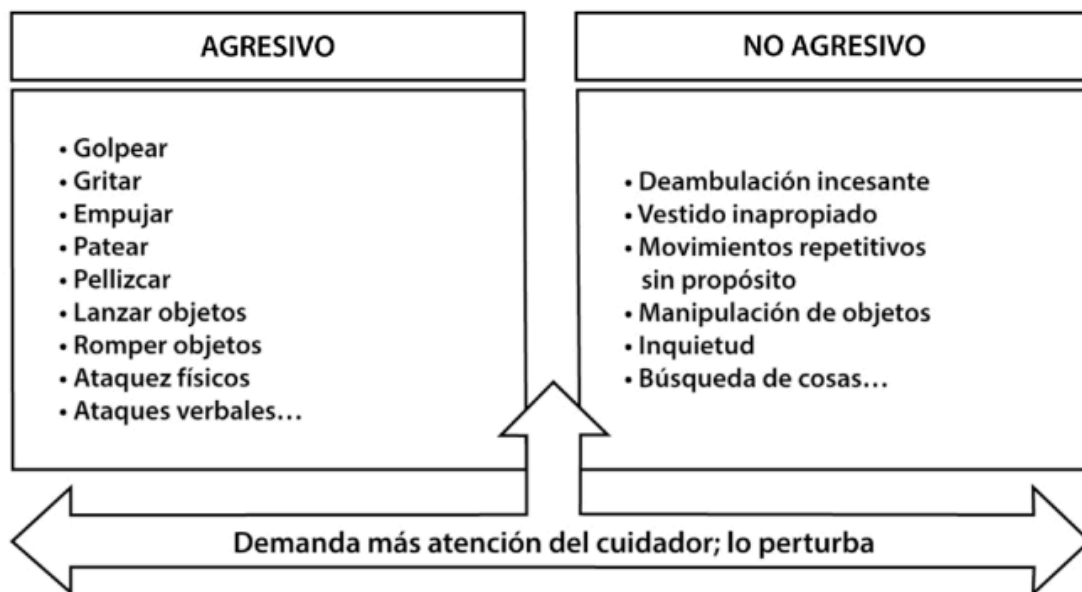
Diario de comportamientos difíciles y su manejo											
Recuerda, tienes dos opciones para cambiar un comportamiento difícil:											
1. Puedes cambiar o evitar el detonante.											
2. Puedes cambiar tu reacción al comportamiento.											
Fecha:											
Comportamiento:											
Detonante:											
¿Qué hice (lo que hayas hecho) para cambiar el detonante?											
¿Qué hice después del comportamiento?											
¿Qué hizo la persona bajo mi cuidado después del comportamiento?											
Resultados:											
Nivel de estrés:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Circula el número que consideras que representa el nivel de tu estrés.	Sin estrés				Estrés extremo						

Fuente: Loring et al. (2018). Dealing with stress and difficult Care Partner Behavior. En *Building Better Caregivers* (p. 25). Bull Publishing Company.

Reconociendo detonantes

Las personas con enfermedades crónicas pueden presentar diversos tipos de comportamientos difíciles, a veces como resultado de procesos propios de su enfermedad, a veces también como resultado de sus formas de afrontar las dificultades, como el sentirse dependiente, tener miedo, etcétera.

El facilitador continúa: Como dijimos anteriormente, a veces reconocer los detonantes no es fácil, sobre todo cuando progresivamente se van presentando nuevos síntomas y/o dificultades (referir lámina 34), como en el caso de la demencia:

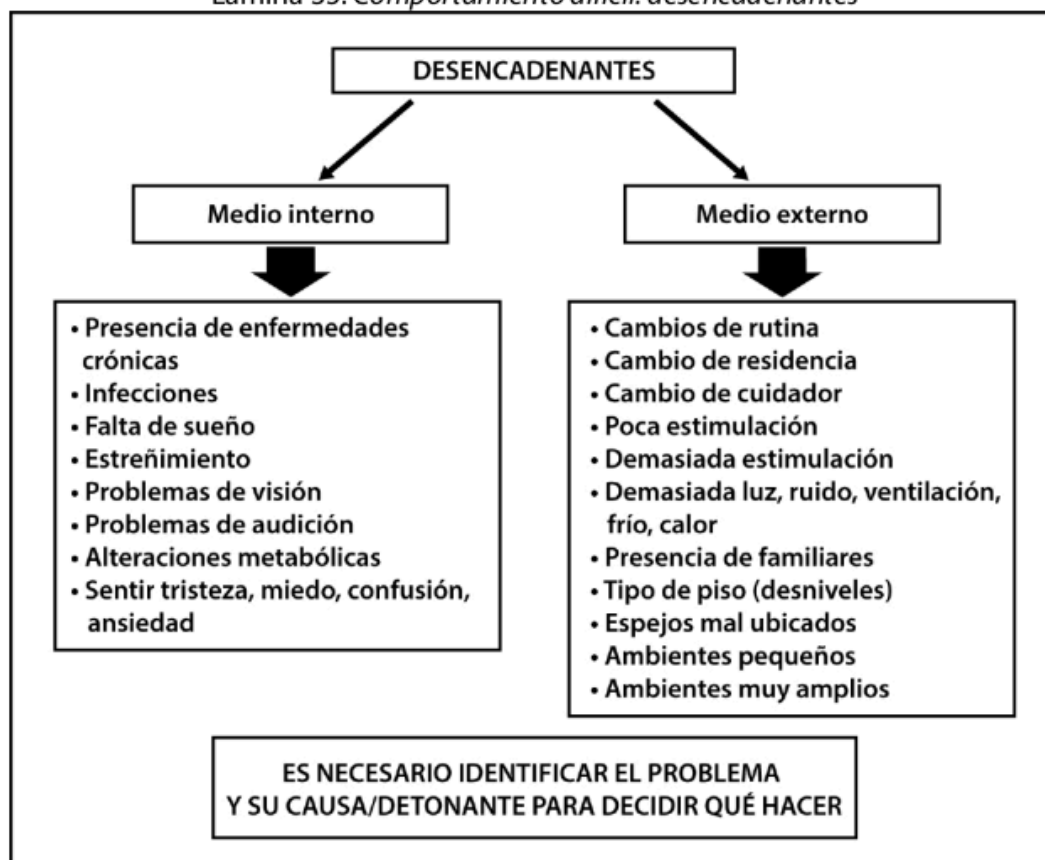
Lámina 34. *Comportamientos difíciles*

Fuente: Elaboración propia.

Reiterar la necesidad, en el cuidador, de ir articulando los conocimientos y las habilidades adquiridas en las sesiones anteriores, tales como las técnicas cognitivas, la comunicación asertiva, la actividad física, todo ello en beneficio de un mejor control progresivo de su intervención en el manejo de los comportamientos, en beneficio de su salud emocional y de su salud integral.

A continuación, el facilitador, usando la lámina 35, refuerza la necesidad de detenerse, antes de actuar, para identificar cuáles pueden ser las causas /razones /desencadenantes para que la persona se comporte como lo hace. Es indispensable que el cuidador considere lo bueno y necesario que es conocer la situación de enfermedad de la persona a quien cuida, más aún en casos de demencia.

Lámina 35. Comportamiento difícil: desencadenantes



Fuente: Elaboración propia.

Reconocer lo que se puede cambiar (detonantes y/o reacciones) facilitará el logro de las metas, logros que ustedes se han establecido en sus planes de autocuidado semanal. Recordemos que es un avance progresivo.

6.4. Actividad física

Ejercicios de respiración y actividades lúdicas recreativas

Mencionar:

La respiración es una función prioritaria y vital para la supervivencia del ser humano, ya que permite que los músculos y tejidos se oxigenen. Y se

compone de dos etapas: la inspiración del oxígeno y la espiración del dióxido de carbono.

La importancia de la respiración controlada ayuda a reducir la activación fisiológica y, por tanto, a afrontar la ansiedad. La técnica consiste en aprender a respirar de un modo lento: ocho o 12 respiraciones por minuto (normalmente respiramos entre 12 y 16 veces por minuto), no demasiado profundo y empleando el diafragma en vez de respirar sólo con el pecho.

Los facilitadores deben modelar el ejercicio siguiendo la lámina 36.



Si no es factible hacer la demostración se recomienda pasar el siguiente video:

Respiración

www.reddeautomanejo.com

<https://www.youtube.be/STB1hXQL-5A>



Lámina 36. Respiración diafragmática

	Póngase en una posición cómoda (de pie, sentado o acostado boca arriba). Póngase una mano en el pecho y la otra en el estómago. La mano en su pecho no debe moverse. La mano encima de su estómago permitirá que sienta su estómago subir y bajar al respirar. Posición de las manos para la respiración diafragmática Inhale por la nariz si puede, durante 3 a 5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Permita que el estómago suba conforme el aire entra a sus pulmones. Exhale por la boca si puede durante 3 a 5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Permita que su estómago baje conforme el aire sale de sus pulmones. Repita cada paso hasta que su cuerpo se sienta relajado.
---	--

Fuente: Texto elaboración propia. Imagen tomada de https://t2.pb.ltmcndn.com/es/posts/8/4/0/ejercicios_de_respiracion_diafragmatica_5048_orig.jpg

Sugerir a los participantes realizar los ejercicios de respiración, puede ser un plan de autocuidado semanal.



Otro tipo de ejercicios son las actividades lúdicas y recreativas que se relacionan con el entretenimiento, la diversión y los juegos; permiten salir de la rutina diaria, relajarse y evitar el estrés, a la vez que favorecen la socialización.

Participar en actividades de recreación es una estrategia eficaz para reducir el aislamiento social e influye positivamente en la salud mental y física. Las actividades sociales protegen contra la pérdida de la capacidad funcional y la presencia de discapacidad.

Entre ellas podemos enlistar algunas:

- De acuerdo al juego son las reglas (crucigramas, sudoku, dominó, juegos de relacionar, juegos de mesa, entre otros).
- Bailes, manualidades, jardinería, escuchar música.
- Escuchar radio, leer, ver televisión y participar en reuniones familiares.

Sugerir a los participantes realizar las actividades de recreación, puede ser un plan de autocuidado semanal. 

6.5. Compartir logros en su avance de proyecto de vida

Ahora ya casi estamos a punto de cerrar esta sesión, pero no lo haremos sin antes pedir a un voluntario que nos comparta cómo le fue con su proyecto de vida que elaboró en la primera sesión, su proyecto de vida a largo alcance.

Pedir un voluntario. 

Preguntarle si le gustaría compartir la dificultad presentada. Si no desea hacerlo se le agradece y se pasa al siguiente participante. 

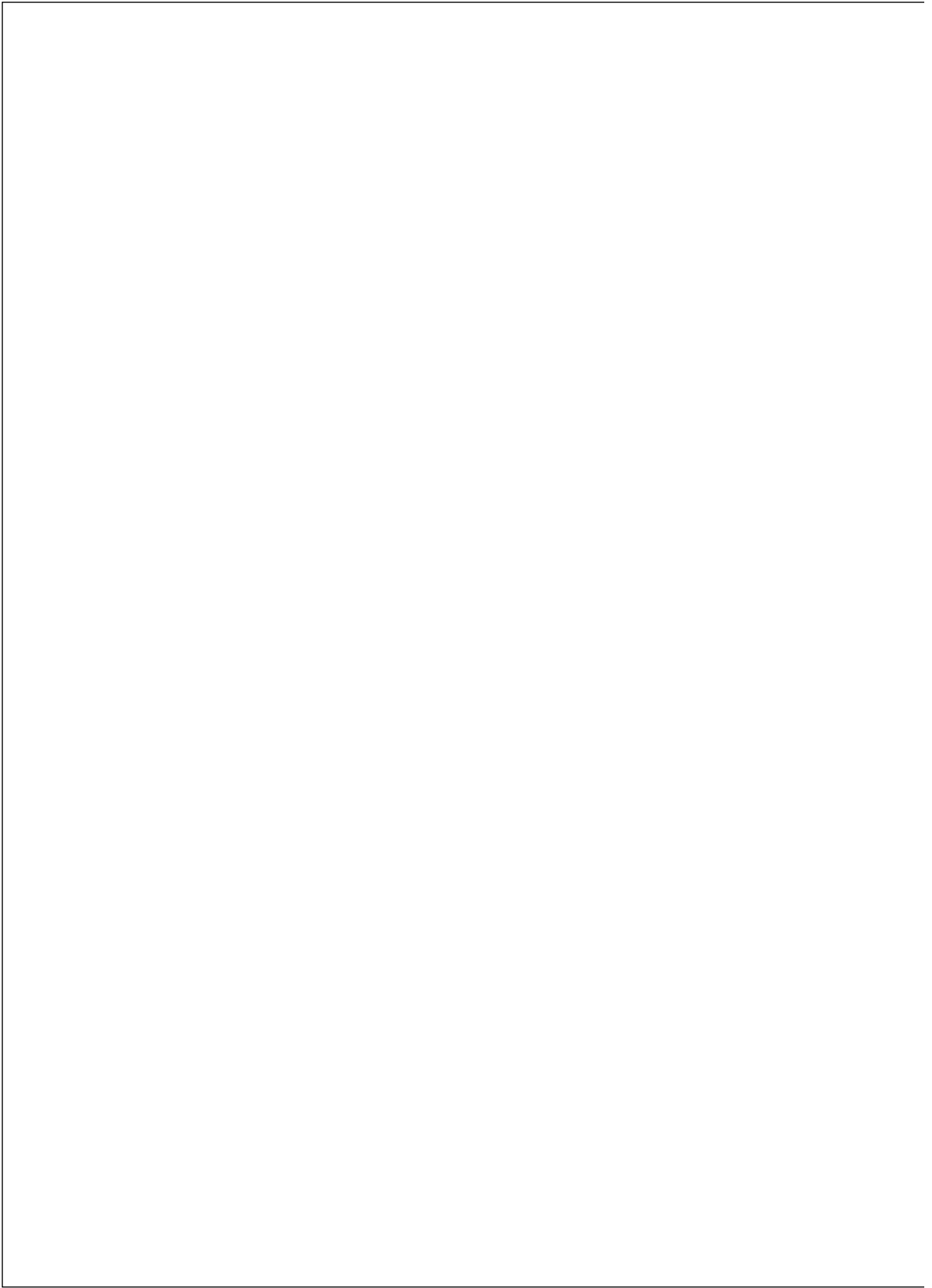
Pedirle al voluntario que de manera breve nos recuerde cuál es su meta de proyecto de vida y qué alcance o qué dificultades tuvo y repetir los pasos de resolución de problemas realizados en los planes de acción. 

Si comparte la dificultad, preguntarle si tiene una solución si se presentara esa dificultad en otra oportunidad, si dice que sí, agradecerle por su participación, si dice que no, preguntarle si quiere recibir propuestas de otros participantes (pedir voluntarios y escribir en la pizarra sólo tres o cuatro propuestas), y hacerle saber al participante que puede tomar alguna de estas sugerencias.



6.6. Cierre de sesión

Agradecer a todos por su participación y recordarles que se les espera a la misma hora y lugar. Recordarles que es importante siempre ser puntuales y desearles éxito en sus planes y proyecto.



Sesión 7. Redes sociales de apoyo y manejo del duelo

COMPETENCIAS

Al término de la sesión, los participantes tendrán las siguientes competencias:

- El cuidador familiar maneja la técnica de comunicación asertiva ECA-DA a fin de contar con una estrategia para responder a los reclamos del otro u otros, con actitudes de tolerancia, respeto y objetividad.
- El cuidador familiar conoce que son y la importancia de las redes de apoyo social para afrontar la incertidumbre, ansiedad y toma de decisiones durante el cuidado, con actitudes de interés, objetividad y compromiso.
- El cuidador familiar identifica las diversas redes de apoyo social de las que puede valerse para potenciar sus habilidades y destrezas como cuidador, asumiendo actitudes de interés, iniciativa y compromiso.
- El cuidador familiar identifica algunas de las estrategias para una alimentación saludable a fin de promover un estilo de vida saludable con actitudes interés, compromiso y responsabilidad.

<i>Actividades/Contenidos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Materiales</i>
7.1. Compartir experiencias: con sus planes de autocuidado semanal.	30'	Copia del sociodrama. Video Escucha activa. Listado de instituciones locales.
7.2. Técnica de comunicación asertiva: saber decir NO.	20'	
7.3. Receso.	15'	
7.4. Redes sociales.	45'	
7.5. Manejo del duelo.	20'	
7.6. Alimentación saludable.	15'	
7.7. Compartir logros en su avance de proyecto de vida.	15'	
7.8. Cierre de la sesión.	5'	

7.1. Compartir experiencias: con sus planes de autocuidado semanal

Buenos días/buenas tardes, iniciamos nuestra séptima y penúltima sesión compartiendo nuestros planes de autocuidado semanal, empezaremos nosotros:

Facilitador 1 pregunta al facilitador 2:

¿Cómo te fue con tu plan de autocuidado semanal?

Sólo dínos si lo cumpliste total o parcialmente, y si fue parcialmente ¿podrías compartir con nosotros cuál fue la razón?



Ahora formularemos cada uno nuestro plan de autocuidado semanal.

Si lo considera necesario describa la lámina 3 sobre formulación de planes de autocuidado semanal.



Al terminar de formular los planes de **autocuidado semanal** recordarles que la próxima sesión se compartirá cómo nos fue.



Empezar una vez que ambos facilitadores compartieron su plan de autocuidado semanal, pedir un voluntario y de ahí seguir en el sentido de las agujas del reloj.



Si durante esta actividad algún participante no cumplió o cumplió parcialmente, recordar las respuestas para cada ocasión, igualmente aplicar solución de problemas cada vez que sea oportuno.

7.2. Técnica de comunicación asertiva (15 minutos)

Ahora veremos una técnica de comunicación asertiva que sirve para saber decir NO.

Pautas para saber decir “No”.

Hay momentos en los que nuestros intereses se ponen en juego en relación con otro; situaciones familiares o laborales en las que a veces nos cuesta decir que no. Tu familiar a quien cuidas te pide un favor de última hora y que te quedes más tiempo, tu madre quiere estar en exceso contigo, tu hermana te pide constantemente que la acerques a algún sitio, tu amiga decide dónde ir en tu día libre, etc. Existen muchas situaciones ante las que no expresamos nuestra opinión como nos gustaría o no ponemos los límites necesarios.

Son estas situaciones en las que las personalidades con un estilo pasivo se sienten a veces utilizadas, agobiadas por anteponer a los otros antes que a ellos mismos.

En la historia de nuestras relaciones creamos roles de conducta, lo que hace que la otra persona espere de nosotros que nos comportemos como lo hemos venido haciendo. Es decir, tu familiar espera que te quedes, tu hermana que la acompañes como siempre y tu amiga que te parezca bien todo lo que te proponga.

Aprender a decir no en todas estas situaciones es un derecho y un ejercicio de autorespeto y autocuidado, es importante empezar a ponerlo en práctica si sientes que no lo sueles hacer.

Veamos algunas estrategias a considerar:

Dar lectura a la lámina 37.



Lámina 37. Técnica Saber decir "No"

1. Libérate de ideas irracionales.
Muchas veces pensamos que al decir "NO" los demás pensarán mal de nosotros, nos da "miedo" generar un conflicto, así que mejor aceptamos algo que en realidad no deseamos. Debemos analizar nuestros pensamientos que nos llevan no decir "NO" cuando lo deseamos.
2. Date un tiempo para pensar
Procura no dar respuesta inmediata frente a una petición, acostúmbrate a darte un tiempo antes de responder inmediatamente.
3. Intenta ser breve, amable y claro / clara
Decir de manera muy amable y procurar siempre poner lo que sentimos o lo que nos incomoda antes de decir "NO", procurar no anteponer explicaciones detalladas o justificaciones, Por ejemplo: "Lo siento mucho, pero estoy ocupada esta tarde". "Lo siento, pero no me es posible", "Comprendo que te vendría bien que te acercara, pero me es imposible a esa hora".
4. Técnica del sándwich
Decir algo positivo a la petición y luego decir "NO". Por ejemplo: "María, a mí también me encantaría salir a caminar durante las mañanas, pero esta semana ya la tengo agendada, ¿podríamos hacerlo la próxima semana?"
5. El disco rayado
Ésta se utiliza cuando la persona insiste. Consiste en repetir lo mismo todo el rato, sin dar más explicaciones y con mucha calma. Hay que tener cuidado de no mostrar desinterés. Por ejemplo: "María, lo siento mucho de verdad, pero te he dicho que esta semana la tengo complicada".
6. Entrena desde la imaginación
Podría ayudar mucho hacer una lista de situaciones frecuentes en las que no sabemos decir "NO", describirlas con detalle y analizar qué decimos, qué sentimos, cómo reaccionamos y ensayar cómo podríamos cambiar nuestra reacción cambiando lo que sentimos.

Fuente: <https://psicologiaymente.com/social/pautas-aprender-decir-no>

7.3. Receso

7.4. Redes sociales

Definición de redes de apoyo social

Mencionar:

Vamos a iniciar con esta pregunta:
¿Qué entienden por redes sociales?

Esperar sólo dos a tres opiniones.
Posteriormente leer la siguiente definición para clarificar el concepto de redes sociales:



Son las diversas instituciones y/o personas que utilizan sus recursos materiales u otros elementos para ayudar de manera directa y específica a potenciar las habilidades y destrezas del cuidador.

Plantear la siguiente pregunta y esperar la respuesta de dos o tres voluntarios.



¿Cuál creen ustedes que sea el rol principal de estas redes sociales?

Los facilitadores dan lectura al siguiente texto:



Actúan como protectores de la salud y bienestar, contribuyendo a la promoción de la autoestima en ellos, debido a que refuerzan de diferentes formas las actividades del diario vivir, así como el sentido de autosuficiencia que tiende a aminorar otros factores de riesgos sociales como el aislamiento y la depresión del cuidador.

Plantear la siguiente pregunta y esperar la respuesta de dos o tres voluntarios.



¿Quién de ustedes ha vivido la experiencia de contactarse con otras personas o ha hecho uso de otros recursos que le permitan apoyarse en su rol de cuidador?

Ahora compartiremos con ustedes un caso de la vida real, con algunas modificaciones, para poder entender qué son la REDES SOCIALES, pero también ustedes tienen la libertad de compartir casos parecidos al que se presenta.

Caso hipotético (primera parte)

Maruja es una señora de aproximadamente 55 años, vive con su esposo de 60 años, quien trabaja en una empresa privada desde las 8:00 am hasta las 6:00 pm; además vive con ella su hija y su hijo menor de 5 años, también vive con ella su madre de 88 años, quien se encuentra postrada por una enfermedad neurológica denominada accidente cerebro vascular producto de un largo periodo de hipertensión arterial.

Por su horario de trabajo Maruja sólo puede atender a su mamá a partir de las 7 u 8 de la noche que es cuando llega a casa y también usa este tiempo para hacer las labores del hogar. Tiene como rutina levantarse muy temprano, aproximadamente a las 4:00 am para preparar la comida y atender a su mamá, porque a las 7:00 am ya tiene que estar lista para salir a trabajar.

Los días sábado y domingo en que no va trabajar refiere "tengo más tiempo para cuidar a mi madre porque no salgo de casa... algunas veces me visitan mis amigas de la iglesia... en los días de semana mi hija me ayuda cuidando a mi mamá y en algunas cosas de la casa...", ella se dedica a labores del hogar, por lo que tiene tiempo de cuidar a la abuelita durante el día.

Ahora participemos con nuestros comentarios a través de la LLUVIA DE IDEAS .

Lámina 5. Lluvia de ideas**LLUVIA DE IDEAS **

- Cualquiera que tenga una idea la puede compartir.
- Nadie comentará durante la lluvia (Ni negativo, ni positivo).
- No habrá preguntas ni discusión hasta después.
- Sólo clarificación de ideas se hará al final.

Fuente: Manual del Programa "Tomando Control de su Salud", Universidad Stanford, los Estados Unidos.

La pregunta de esta lluvia de ideas es la siguiente:

¿Cuál es la situación principal que preocupa a Maruja?

En una pizarra o cartulina escriba las respuestas. Después de la lluvia de ideas lea la lista y pregunte si alguien quiere clarificar una idea. Asegúrese de agregar a la lista los siguientes puntos si no fueron mencionados. 

Necesitar apoyo para cuidar a su mamá

Realizar otra lluvia de ideas. 

La pregunta es:

¿Qué alternativas puede tener Maruja para resolver la situación de cuidado de su mamá?

En una pizarra o cartulina escriba las respuestas. Después de la lluvia de ideas lea la lista y pregunte si alguien quiere clarificar una idea. Asegúrese de agregar a la lista los siguientes puntos si no fueron mencionados. 

- Materiales: Dinero, alojamiento, comida, ropa.
- Instrumentales: Pago de servicios, transporte, labores del hogar.
- Cuidado: Satisfacción de sus necesidades básicas.
- Emocionales: Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha
- Cognitivos: Intercambio de experiencias, información, consejos.

Continuando con el caso hipotético de Maruja:

Caso hipotético (segunda parte)

Maruja refiere: *"la enfermedad de mi mamá se presentó de un momento a otro, se hospitalizó casi por un mes y al salir de alta la traje a casa y no sabía cómo atenderla [...] el permiso que me fue otorgado en mi trabajo me fue insuficiente y pensé colocarla en un albergue o contratar a alguien para que la cuide por horas, pero no cuento con el recurso económico suficiente [...] en mi casa vivo con mi hija, su esposo y mi nieto [...] pero no creo que pueda atenderla bien [...]"*

"[...] con mi esposo comparto los gastos del hogar y lo que gana mi yerno es para los gastos con su familia [...] a veces aportan económicamente un poco, por lo que se nos han presentado problemas económicos."

Podrían exponer alguna situación similar a la de Maruja que ustedes vivieron en algún momento en su rol de cuidador y cómo pudieron resolverlo.

Pedir la participación de uno o dos voluntarios. 

Continuando con el caso hipotético de Maruja

Caso hipotético (tercera parte)

Maruja refiere: *"[...] al principio pedí permiso en mi trabajo por 2 días para organizarme para los cuidados con mi mamá y busqué ayuda de otras personas y me cobraban mucho, entonces recurrí a pedir ayuda a mi hija, quien no lo recibió de manera agradable, diciéndome que tenía miedo y no sabía cómo hacerlo [...] me sentí mal, me angustiaba saber que todo lo que intentaba no resultaba [...]"*

"[...] me informe con una vecina, que tiene un hijo postrado por un accidente de tránsito, cómo darle de comer, movilizarla, bañarla y cambiar los pañales [...] lo que me explicó lo hice junto con mi hija durante esos 2 días [...] no fueron fáciles, mi hija no lo hacía de buena gana y fue muy agotador [...]"

Preguntar:

¿Quiénes de ustedes se ha encontrado en una situación similar?, ¿podrían comentarlo?

Pedir la participación de uno o dos voluntarios.



Los facilitadores dan lectura al siguiente texto

El apoyo familiar y de amigos constituye el primer contacto con el cuidador, es una red social primaria, implica la existencia de vínculos de parentesco por afinidad de relación y/o consanguinidad entre sus integrantes, en este tipo de red se consideran aquellas personas que de manera solidaria están dispuestas en colaborar a través de la información o conocimiento producto de sus propias experiencias sobre cómo atender a una persona dependiente.

Ante el caso hipotético se puede observar que el primer recurso fue la hija de Maruja, quien establece un vínculo de parentesco por consanguinidad, así también se relaciona con la vecina, que vive en su entorno, y a la vez la vecina también está viviendo las mismas experiencias del cuidador Maruja. Ambos recursos a los que recurrió Maruja constituyen definitivamente su apoyo en este momento de crisis situacional en que vive por la salud de su madre.

Continuando con el caso de Maruja:

Caso hipotético (cuarta parte)

Cuando Maruja se reintegra a su trabajo después de los 2 días de permiso, durante su horario laboral recibe varias llamadas telefónicas de su hija, quien estaba preocupada y le consultaba cómo atender a su abuelita para movilizarla, porque pesa mucho, se queja y tiene miedo de lastimarla, y lo que más le preocupó fue cuando le dijo "[...] casi no comió nada [...]" Esta situación no le permitió a Maruja trabajar bien y una de sus compañeras de trabajo, dándose cuenta de la situación que vive Maruja, se acercó a ella y ante lo conversado, su amiga le dijo "[...] que tiene una amiga enfermera con quien se comunicaría para que pueda ayudarle en el cuidado de su mamá [...]", lo cual en parte tranquilizó a Maruja.

Maruja también decidió ir a la iglesia, donde participa activamente y mientras oraba se encontró con una amiga y le contó lo que estaba viviendo y le solicitó que le ayudara a buscar a alguien que cuide a su mamá, pero que no cobre mucho. La amiga se solidarizó con Maruja, se reunió con las otras señoras del grupo e hicieron una colecta y le donaron cuatro paquetes de pañales geriátricos.

Al terminar la semana, la enfermera logró comunicarse con Maruja, coordinando fecha y hora para ir a su casa a enseñarle a bañar, alimentar y movilizar a su mamá.

Preguntar y pedir un voluntario.



¿Por qué se podría considerar importante la ayuda de la enfermera y del grupo de amigas?

Existen, pues, redes de apoyo social formal de pares, iglesia u otras instituciones.

Siguiendo con el caso de Maruja:

Caso hipotético (quinta parte)

Transcurrido el tiempo, Maruja se sentía más tranquila, porque logró que su hija adquiriera cierta habilidad en la atención de su madre, así mismo, logró informarse de que existen otras instituciones que le pueden guiar en cómo debe ser la atención en casa, indicándole que "[...] en las municipalidades existen personas del área de salud en coordinación con los hospitales o centros de salud que pueden orientarle y/o brindarle sus servicios de cuidadores."

Preguntar:

¿Alguien conoce otro tipo de apoyos gubernamentales o de organizaciones de la sociedad civil que nos pueda compartir y describir el tipo de ayuda que ofrecen?

Pedir la participación de uno o dos voluntarios.

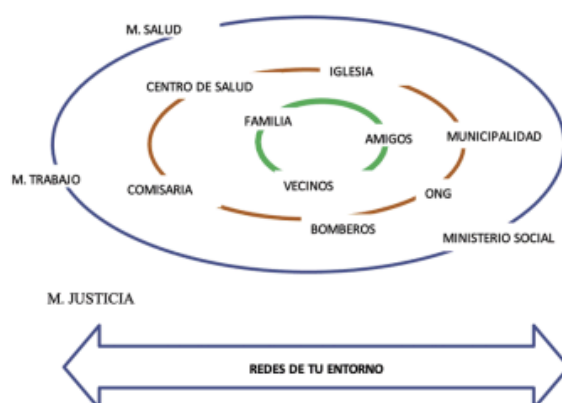


Los facilitadores dan lectura al siguiente texto.



Las redes de apoyo social formal están constituidas por instituciones públicas, privadas y asociaciones civiles reconocidas como organizaciones no gubernamentales (ONG) con objetivos específicos de contribuir en la calidad de vida de las personas que lo necesitan o de los adultos mayores.

Estas instituciones brindan atención con el apoyo activo de la familia y la comunidad, integrando un conjunto de organizaciones del sector público, además de los sistemas judicial y legislativo, en los distintos niveles (federal, estatal y municipal). Éstas se muestran en la siguiente lámina.

Lámina 38. *Redes Sociales*

Fuente: Elaboración propia.

Las redes de apoyo constituyen uno de los principales recursos a los que las personas acuden en busca de ayuda, y son efectivos al igual que los servicios profesionales de ayuda.

Preguntar:

¿Cuáles son los grupos de apoyo con los que ustedes cuentan en su comunidad?

Pedir la participación de uno o dos voluntarios.



Mencionar las redes de apoyo que los facilitadores han identificado previamente en la comunidad, en las instituciones públicas y privadas, y direcciones electrónicas que pueden apoyar a un cuidador y grupos de apoyo virtuales.



Realizar otra lluvia de ideas, la pregunta es: 

¿Cómo lograr la participación de otros miembros de la familia?

En una pizarra o cartulina escriba las respuestas. Después de la lluvia de ideas lea la lista y pregunte si alguien quiere clarificar una idea. Asegúrese de agregar a la lista los siguientes puntos si no fueron mencionados.



Usar las técnicas de comunicación como: Pedir ayuda a miembros de la familia.

Sugerir a los participantes:



Realizar una lista de su red familiar de apoyo y de su comunidad.
Continuando con el caso de Maruja:

Caso hipotético (sexta parte)

Transcurridos aproximadamente 3 meses, Maruja y su hija ya se sentían un poco más seguras en la atención de su madre, manifestaron lo siguiente: "[...] con las orientaciones que nos brindaron nos organizamos mejor, nuestra madre se le observaba tranquila, para nosotros este tipo de trabajo era agotador, pero con mi hija elaboramos un plan e incluimos a mi esposo y a mi yerno, sentimos que el trabajo se aligero [...]"

Antes de terminar esta actividad, les pediremos ahora conformar una nueva red de apoyo que somos nosotros mismos, esta vez usaremos el teléfono y formaremos un grupo de WhatsApp o de otro recurso electrónico que más se les facilite.

7.5. Manejo del duelo

Ahora hablaremos un poco de un tema muy importante en nuestras vidas que es el: DUELO. Preguntar: ¿Alguno de ustedes ha experimentado el duelo?

Solo permitir que dos o tres respondan libremente y continuar.

Decir:

- El Duelo es el proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto con la muerte del ser querido.
- Se puede presentar las siguientes fases o momentos:
- Fase de shock y negación:
 - Predomina la negación y el aturdimiento; Se producen intensos sentimientos de separación y una amplia variedad de comportamientos (añoranza, protesta, labilidad...)
 - Fase de angustia aguda y aislamiento:
 - 1) Sufrimiento con una duración entre 20 minutos y una hora, que se manifiesta como disfagia, ahogo, sensación de plenitud, debilidad, cefalea, flacidez... En ocasiones estas sensaciones suceden cuando la persona recibe visitas de allegados por lo que el alejamiento de estos es común.
 - 2) Pensamientos recurrentes relacionados con la persona fallecida.
 - 3) Sentimientos de culpa.
 - 4) Angustia y enfado dirigidos contra ellos mismos, la persona

fallecida, familiares, amigos, conocidos, médicos, contra el mundo y en algunos casos alguna creencia contra Dios.

- 5) Dificultad para descansar, inquietud, falta de motivación acompañan al abandono de sus comportamientos y rutinas habituales.
- 6) Identificación con el fallecido, adopción de sus comportamientos y actitudes (sobre todo aquellos presentes al final de la enfermedad).

Esta fase aguda puede durar semanas o meses dando paso de manera gradual a un reordenamiento o mejora y a la posibilidad de seguir adelante.

Fase de reorganización: el deudo asume el verdadero significado de la pérdida y su extensión, marcando el comienzo de esta nueva etapa en la que recupera su vida previa: vuelve al trabajo, asume sus roles anteriores y adquiere nuevos si es necesario, se relaciona de nuevo... (5).

El duelo puede presentar las siguientes manifestaciones

Lámina xx. *Manifestaciones normales del duelo en adultos.*

<i>Fisiológicas</i>	<i>Conductuales</i>	<i>Afectivas</i>	<i>Cognitivas</i>
Aumento de la Morbimortalidad	Trastornos del sueño y alimentarios	Tristeza, apatía, abatimiento, angustia Ira, frustración y enfado	
Vacío en el estómago	Conducta distraída	Culpa y autorreproche	
Opresión en el pecho y garganta	Aislamiento social	Ansiedad	
Hipersensibilidad al ruido	Soñar con el fallecido	Soledad, abandono	
Sensación de despersonalización	Llorar y/o suspirar	Emancipación y/o alivio fugaces y breves Fatiga	
Falta de aire	Buscar y llamar en voz alta	Impotencia e indefensión atención y memoria	Shock
Palpitaciones	Evitar recordatorios del fallecido	Anhelo	

Debilidad muscular	Llevar y atesorar objetos	Insensibilidad	Incredulidad/ Irrealidad Confusión Preocupación
Falta de energía	Visitar lugares que frecuentaba el fallecido	Sentido de presencia	
Dolor de cabeza y sequedad de boca	Hiper-hipo actividad	Alucinaciones (visuales y/o auditivas) Dificultades de concentración, Pensamientos e imágenes recurrentes Obsesión por recuperar la pérdida	Distorsiones cognitivas

¿Cómo manejar el duelo? Decir:

Es importante la reflexión sobre la realidad que nos duele, nos humaniza nos hace comprender su significado, pero a la vez nos hiere más profundamente.

Una madre que acaba de perder a su hija de 13 años:

La madre dice:

—Me parece injusto que mi hija, con solo 13 años, haya muerto. Podía haber seguido conmigo algunos añitos más. Al fin y al cabo, llevaba muchos años malita. Es todo un asco; los médicos a veces, parece que no tienen corazón. Podrían haber alargado un poco más la vida de mi hija.

La psicóloga que acompañaba a ésta mujer intervino así:

Psicóloga: Te parece muy injusto que tu hija no siga viviendo contigo ¿verdad?

—¡Pues claro que sí! Era una niña todavía. —Eso es algo horrible.

—Sí que lo es. Nació ya mal. El corazón le fallaba mucho a la pobrecita.

Psicóloga: ¿Cómo era su calidad de vida? ¿Necesitaba muchos cuidados?

—Sí, bueno, pero a mí no me importaba. ¡Ojalá la hubiera podido cuidar toda la vida!

Psicóloga: ¿Ella sufría?

—Al principio no, porque no sentía dolor. Lo que pasa es que estaba muy limitada, no podía correr, ni hacer esfuerzos, y se fatigaba mucho. Los médicos me dijeron que se complicaría cada vez más. El último año estaba realmente muy malita.

Psicóloga: Estaba muy mal al final.....si hubiera seguido viviendo, ¿Cómo crees que estaría?

—Bueno ya necesitaba oxígeno y todo. Si hubiera seguido estaría fatal, sin levantarse de la cama, y sufriendo mucho, porque era una niña muy vital.

Psicóloga: Pareces que se fue antes de pasar por algo peor

—Si lo que le esperaba era algo peor. Se ha ahorrado mucho dolor. Yo la hubiera querido tener más tiempo conmigo, pero en realidad era por mí. Me doy cuenta que ahora ella está más libre

Psicóloga: Casi no hay alternativa o tu dolor o el suyo.....

—Si yo se lo hubiera podido ahorrar... En realidad se lo ahorro la muerte porque yo no podía

Ahora participemos con nuestros comentarios a través de la LLUVIA DE IDEAS

LLUVIA DE IDEAS

- Cualquiera que tenga una idea la puede compartir.
- Nadie comentará durante la lluvia (Ni negativo, ni positivo).
- No habrá preguntas ni discusión hasta después.
- Sólo clarificación de ideas se hará al final.

¿CUÁL ES EL SENTIMIENTO QUE EXPERIMENTA ESTA MUJER?

En una pizarra o cartulina escriba las respuestas. Después de la lluvia, lea la lista y pregunte si alguien quiere clarificar una idea. Asegúrese de agregar a la lista los siguientes puntos si no fueron mencionados. 

- de amor; como el modo de vivirlo lo es también de la solidaridad y del reconocimiento de nuestra limitación y disposición al dialogo,
- Dolor, no se puede pretender que no nos duela perder a quien queremos, de éste dolor no nos escapamos, el dolor del duelo forma parte de la vida exactamente igual que la alegría del amor, diríamos que forma parte de la condición humana.

Mencionar:

Hay duelos mal elaborados en la raíz de enfermedad, exclusión y marginación, también hay duelos que constituyen una oportunidad para reconstruir lazos que estaban rotos o debilitados, para aprender de nuevas relaciones, para dejarse cuidar y querer, para cultivar el sano recuerdo y darle el valor que tiene la memoria y reconocer el poder humanizador de la experiencia dolorosa

Hemos hablado de casos en que se muere una persona querida, ahora hablaremos en casos en el que tenemos al cuidado a una persona que está en la etapa final de su vida, y lo único que está en nuestras manos es darle calidad de vida, a esto le denominaremos: situación de duelo anticipatorio:

Es la elaboración del dolor por la pérdida próxima cuando no se presenta de forma violenta o inesperada; acompañando a los seres queridos en su proceso de morir antes que se produzca y experimentamos el dolor.

Se pueden tratar cosas tales como detalles del entierro del cementerio etc. Es fácil experimentar culpa al ver que estos pensamientos nos habitan; como si dijéramos

“Si pienso estas cosas antes que haya muerto es como si lo estuviera matando o como si no lo quisiera vivo”.

Se debe entender que el duelo anticipatorio es normal y que ayuda a prepararse para la pérdida, ayuda a tomar conciencia de lo que está pasando y comienza a organizar el significado más próximo de la pérdida.

Quizá se piense también como vivir después del fallecimiento con quien o como organizarse en la vida, la cotidianidad, las compras, la casa la compañía, la posibilidad de ir a casa de un hijo. Todo es normal, aunque hace sufrir por pensar que no debía suceder.

Es importante la preparación para la pérdida próxima. Se participa también en grupos de auto ayuda a fin de prepararse para el fallecimiento de un ser querido por ejemplo familiares de enfermos de algunas unidades de cuidados paliativos. Es una experiencia saludable y una ayuda recíproca.

El enfermo también piensa en la pérdida: y elabora por su cuerpo, por la pérdida o disminución de sus funciones biológicas, de sus posibilidades físicas y cognitivas, duelo por la separación de sus seres queridos, por dejarles. Puede llegar a experimentar la sensación de estar abandonado en un momento inadecuado o inoportuno.

Es bueno propiciar un diálogo abierto y que propicia la oportunidad de expresar lo que sienten

"Cuando vi a mi esposo tan mal pensé que tenía que preguntar a alguien sobre cómo había que hacer para la cremación y si eso tenía alguna connotación moral. Me parecía que no, pero tenía que hablar con alguien, me daba vergüenza, porque me parecía que si le decía a alguien que estaba pensando en la ceremonia de mi esposo pensaría que yo no lo quería o que estaba loca, o que estaba deseando que muriera. Y nada de eso. Me decidí a preguntárselo a un joven de los servicios religiosos de la unidad de cuidados paliativos, y la verdad es que me fue muy bien porque me entendió perfectamente, me sentí muy bien porque no me juzgó y porque me respondió que era normal que pensara eso. Ello me tranquilizó, dentro del dolor porque se me moría lo que más quería,"

Ahora haremos otra lluvia de ideas La pregunta es:

¿QUÉ EMOCIONES/SENTIMIENTOS EXPERIMENTO EN SU SITUACIÓN?

En una pizarra o cartulina escriba las respuestas. Después de la lluvia, lea la lista y pregunte si alguien quiere clarificar una idea. Asegúrese de agregar a la lista los siguientes puntos si no fueron mencionados. 

- Miedo
- Vergüenza
- Que la juzguen mal Decir:

¿Cómo podemos manejar ese dolor?

Cada persona hace una experiencia muy particular del dolor, lo esconde lo privatiza, lo niega o por el contrario lo socializa, lo comparte lo expresa y lo aprovecha para la búsqueda del sentido de vivir.

Las reacciones de cada uno ante la pérdida de un ser querido dependen también de numerosos factores, no reaccionamos de igual manera en las diferentes culturas, tampoco reaccionamos igual si fallece el abuelo enfermo en circunstancias ya anunciadas, que, si fallece un ser querido en un accidente, no es lo mismo que la causa sea natural o que se produzca por accidente, acto violento o por suicidio, no es lo mismo perder a un hijo que a un padre aunque en todos los casos duele.

Si la pérdida se ha producido inesperadamente las reacciones iniciales tienen que ver con el Shock, la rabia, el aturdimiento, la negación, la incredulidad<<no es posible>>

En el ámbito físico es normal que se produzcan alteraciones sobre todo en la fase inicial, tales como sollozo, dificultad para respirar, rigidez física, sequedad en la boca, falta de apetito, temblores, desvanecimiento, dolor de cabeza, insomnio, punzadas en el pecho, debilidad generalizada, falta de deseo sexual, inquietud, problemas gástricos mareo etc. Este duelo del cuerpo debe ser escuchado y acompañado porque de no ser atendido puede derivar en patologías físicas o psíquicas.

En el ámbito emocional la variedad de sentimientos que se experimentan podría decirse que es como un abanico o arco iris, experiencias que van desde la negación a la rabia, de la tristeza a la ansiedad del desinterés a la irritación, del vacío a la culpa.....shock aturdimiento, incredulidad rechazo, manifestaciones agresivas etc. Son reacciones normales mientras se mantengan dentro de un margen que no tenga repercusiones irreversibles sobre uno mismo o sobre los demás.

Es muy frecuente también el sentimiento de culpa, no solo por cómo fue vivida la relación y por las áreas oscuras que pudo haber en la misma sino también como se vivió la última etapa que es significativa y que queda grabada en el recuerdo del sobreviviente.

Este sentimiento de culpa puede ser vivida cruelmente porque la muerte puede haber arrebatado la posibilidad de pedir perdón o de perdonar. Y no queda más posibilidad que perdonarse y perdonar, hacer la paz dentro de sí.

El sentimiento más fácilmente comprensible tras la pérdida de un ser querido es la tristeza manifestada por el llanto, aceptado y comprendido. La Tristeza está asociada a una experiencia de vacío y soledad aunque se produzca en un medio de fuerte apoyo social.

Cada persona gestiona su dolor, pero es importante saber que también se puede pedir ayuda. Preguntar y pedir que levante la mano dos participantes

- ¿Se acuerdan de la técnica de comunicación de pedir ayuda?

Nunca creí que pedir apoyo y ayuda pudiera tener sentido. Cando decidí hacerlo lo hice con bastante escepticismo porque estaba convencido de que nadie me iba a devolver a mi esposa. Sin embargo, he podido darme cuenta que hay mucha gente como yo y peor aún. Me atrevo a decir que le he sacado partido a mi dolor y que he recibido mucho y dado mucho en los encuentros que participe. Se genera una comunicación muy especial. La empatía entre los integrantes del grupo se siente. Te encuentras acompañado y los demás experimentan que uno los comprende porque estamos viviendo situaciones parecidas. Cada uno a su modo, pero con muchos puntos en común. Creo que me he hecho más humano al tener el coraje de enfrentar mi debilidad, me siento más fuerte ahora al no avergonzarme de lo que siento y contarlo con naturalidad. Se lo aconsejo a todos los que sienten que el dolor es punzante, los ahoga o que tengan cualquier indicador de riesgo.

Preguntar:

- ¿Quién conoce a grupos de ayuda?

7.6. Alimentación saludable

Para continuar con la sesión se abordará un tema más relacionado con la alimentación saludable, aspecto importante para llevar un estilo de vida saludable que constituye una de las características para un buen automanejo en un cuidador familiar (véase la lámina 1). En las sesiones 3 y 5 se ana-

lizaron las características de la alimentación saludable; así como la utilidad y funciones del plato del bien comer como herramienta de apoyo para el logro de ésta.

En esta sesión vamos a conocer algunas estrategias y/o hábitos para promover y llevar una alimentación saludable. Primero, hay que tener en cuenta que una alimentación saludable es algo más que simplemente comer, no sólo es importante lo que comemos, sino también cómo, cuándo y dónde lo hacemos, elementos éstos que dan origen a los hábitos que regularmente aprendemos y adoptamos, pero que también son susceptibles, para bien o para mal, de modificarse.

Las estrategias y/o hábitos para una alimentación saludable se muestran en la siguiente lámina.

Lámina 39. *Estrategias/hábitos para una alimentación saludable*

Estrategias/hábitos para una alimentación saludable
Desayunar. Seguramente todos hemos escuchado que el desayuno es la comida más importante del día y la razón principal es que a través de éste se obtiene la energía necesaria para comenzar las actividades diarias, lo ideal es desayunar no más de 45 minutos después de haberse levantado, dedicar al menos 15 minutos al desayuno, realizarlo antes de salir de casa y de iniciar labores en el hogar, trabajo, escuela, entre otros; lo recomendable es incluir lácteos, hidratos de carbono y fruta en el desayuno.
Comer verde, consumir al menos tres piezas de fruta y dos raciones de verdura al día. Constituyen una fuente de micronutrientes, como fibra, vitaminas y minerales. Se pueden consumir crudas o cocidas (cremas, sopas, purés), solas o para acompañar la carne, pescado o aves, lo ideal es consumirlas de manera variada (color, sabor, consistencia), aprovechar las que son de temporada y de la región.
Dedicar tiempo a las comidas, comer despacio y masticar bien los alimentos. Primero que todo, con esto se logra disfrutar y saborear los alimentos, además de favorecer la digestión y ayudar a que se sienta una sensación de saciedad más rápida y con menor cantidad de comida.
Dedicar tiempo a la preparación de las comidas. Con el objetivo de hacer una buena selección, higiene, preparación y presentación de los alimentos y cuidar el tiempo de cocción de los mismos, por ejemplo, se recomienda, de preferencia, cocer y asar a freír los alimentos.
Establecer horarios regulares para las comidas. Esto fomenta el autocontrol, regular el metabolismo y por ende el apetito, evita la necesidad de ingerir alimentos entre las comidas o el "picoteo".

Realizar cinco comidas durante el día (desayuno, comida, cena y dos tentempiés, refrigerios o colaciones a media mañana y a media tarde). Con este hábito se aumenta el metabolismo después de comer hasta en 10% durante las horas posteriores y empieza a bajar a partir de entonces; por eso es fundamental no dejar que pasen más de 5 horas entre comidas; los refrigerios o colaciones tienen un efecto saciante que hace que se llegue con mucho menos hambre a las comidas principales.

Evitar distractores durante las comidas (televisión, uso de celulares, entre otros). El comer teniendo distractores genera que la atención se centre en éstos en lugar de lo que estamos comiendo y a las señales de saciedad que envía el cuerpo, lo que provoca que se coma más e incluso asociar estos distractores con la necesidad de comer.

Leer las etiquetas de los productos alimenticios que se compran. Permite conocer el contenido energético y de nutrientes de los alimentos, así como evitar comprar productos con apariencia que puede resultar engañosa al dar la impresión de ser más saludables cuando no lo son.

Fuente: www.gob.mx/siap/es/articulos/el-plato-del-bien-comer?idiom=es

Como se puede ver, éstos son algunos hábitos y/o recomendaciones para favorecer una alimentación saludable; ahora, podrían ustedes Mencionar:

¿Qué otros hábitos o estrategias podrían contribuir a esto?

Pedir la participación de uno o dos voluntarios.



Ahora bien, la tarea sería plantearnos las acciones que podríamos hacer para mantener, incorporar o reincorporar estos hábitos y/o estrategias en la vida cotidiana tanto como parte de un estilo de vida saludable personal como en beneficio de todas las personas con las que se convive, incluyendo la persona que está a su cuidado. Por esta razón la invitación es que puedan considerar esto como parte de sus planes de autocuidado.

Con esto damos por terminado este espacio de la sesión dedicado a alimentación saludable.

7.7. Compartir logros en su avance de proyecto de vida (10 minutos)

Ahora ya casi estamos a punto de cerrar esta sesión, pero no lo haremos sin antes pedir a un voluntario que nos comparta cómo le fue con su proyecto de vida que elaboró en la primera sesión, su proyecto de vida a largo alcance.

Pedir un voluntarios.



Pedirle al voluntario de que manera breve nos recuerde cuál es su meta de proyecto de vida y qué alcance o qué dificultades tuvo y repetir los pasos de resolución de problemas realizados en los planes de acción.



Preguntarle si le gustaría compartir la dificultad presentada. Si no desea hacerlo se le agradece y se pasa al siguiente participante.

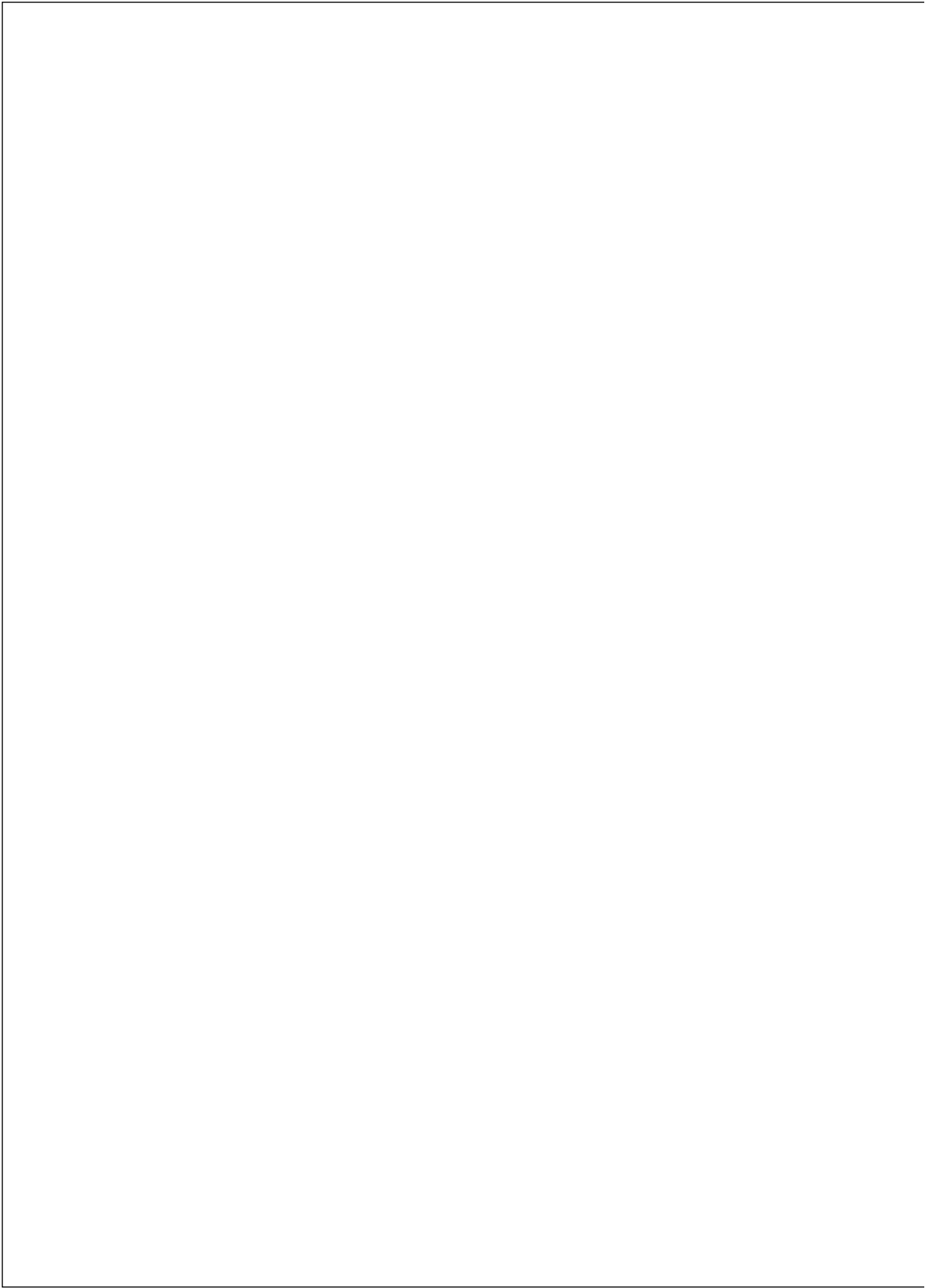


Si comparte la dificultad, preguntarle si tiene una solución si se presentara esa dificultad en otra oportunidad, si dice que sí, agradecer por su participación, si dice que no, preguntarle si quiere recibir propuestas de otros participantes (pedir voluntarios y escribir en la pizarra sólo tres o cuatro propuestas), y hacerle saber al participantes que puede tomar alguna de estas sugerencias.



7.8. Cierre de la sesión

Agradecer a todos por su participación y recordarles que se les espera a la misma hora y lugar. Recordarles que es importante siempre ser puntuales y desearles éxito en sus planes y proyecto.



*Programa de apoyo al automanejo en cuidadores
familiares*, María Isabel Peñarrieta de Córdova y
Tranquilina Gutiérrez Gómez, (coordinadoras), publicado
por Ediciones Comunicación Científica, S. A. de C. V., se terminó de
imprimir en agosto de 2025, por Litográfica Ingramex, S. A. de C. V., en Cen-
teno 162-1, Granjas Esmeralda, 09810, Ciudad de México. El tiraje fue de 50 ejemplares
impresos y en versión digital para acceso abierto
en los formatos PDF, EPUB y HTML.

Programa de apoyo al automanejo en cuidadores familiares

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

ÍNDICE DE SIMILITUD

FUENTES PRIMARIAS

1	docplayer.es Internet	557 palabras — 3%
2	www.accpaliativos.com Internet	445 palabras — 2%
3	yocambioelmundo.org Internet	384 palabras — 2%
4	www.coursehero.com Internet	227 palabras — 1%
5	www.scielo.org.co Internet	212 palabras — 1%
6	nuestrascharlasnocturnas.wordpress.com Internet	194 palabras — 1%
7	www.revistadisena.uc.cl Internet	178 palabras — 1%
8	www.researchgate.net Internet	163 palabras — 1%
9	connexionsterapiasintegrades.com Internet	143 palabras — 1%
10	www.vitalcoachingbarcelona.com Internet	124 palabras — 1%

11	www.redautomanejo.com Internet	104 palabras — < 1 %
12	hdl.handle.net Internet	100 palabras — < 1 %
13	unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx Internet	80 palabras — < 1 %
14	repository.ucatolicaluisamigo.edu.co Internet	78 palabras — < 1 %
15	diariosanitario.com Internet	56 palabras — < 1 %
16	doaj.org Internet	49 palabras — < 1 %
17	revistas.proeditio.com Internet	49 palabras — < 1 %
18	prezi.com Internet	41 palabras — < 1 %
19	repositorio-uapa.cuaed.unam.mx Internet	41 palabras — < 1 %
20	bdigital2.ula.ve:8080 Internet	33 palabras — < 1 %
21	core.ac.uk Internet	32 palabras — < 1 %
22	lcpsicologos.com Internet	30 palabras — < 1 %
23	uvadoc.uva.es Internet	30 palabras — < 1 %

24	www.revista-portalesmedicos.com Internet	30 palabras — < 1 %
25	ciencialatina.org Internet	28 palabras — < 1 %
26	www.scielo.br Internet	27 palabras — < 1 %
27	acceso3.uv.es Internet	21 palabras — < 1 %
28	www.nutricion.ec Internet	20 palabras — < 1 %
29	psicopico.com Internet	18 palabras — < 1 %
30	revista-enfermeria.unam.mx Internet	15 palabras — < 1 %
31	revistas.udenar.edu.co Internet	15 palabras — < 1 %
32	sorgonsg.com Internet	15 palabras — < 1 %
33	vdocuments.site Internet	15 palabras — < 1 %

EXCLUIR CITAS

ACTIVADO

EXCLUIR FUENTES

DESACTIVADO

EXCLUIR BIBLIOGRAFÍA

ACTIVADO

EXCLUIR COINCIDENCIAS < 15 PALABRAS