

**LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL
DEL ADULTO MAYOR DESDE LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA:
PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ORIENTACIÓN
PARA SU ABORDAJE**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO



**LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL DEL
ADULTO MAYOR DESDE LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA:
PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ORIENTACIÓN
PARA SU ABORDAJE**

“Trabajo presentado como requisito parcial para obtener el título de Licenciada en
Educación. Mención Orientación”

Autoras:

Betzi Rodríguez.
Francys Mármol

Tutoras

Dra. Luisa Rojas
Dra. Maristella Colliva

Bárbula, julio 2014

AGRADECIMIENTO

A Dios Padre Todopoderoso y Eterno por estar conmigo en cada paso que doy, por llenarme de fortaleza e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A la Profesora Luisa Rojas, por compartir sus conocimientos, experiencias y ser guía fundamental en el desarrollo de este Trabajo de Grado.

A la Dra. Maristella Colliva; por su asesoría y dedicación, por ese apoyo incondicional y sus conocimientos de investigación que fueron fundamentales en el desarrollo de esta investigación.

Al Prof. Salvador Buccella Coordinador de la Unidad de Psicogeriatría de la Facultad de Ciencias de la Salud, quien brindó todo su apoyo haciendo de esta actividad, una gran experiencia.

Al Prof. José Luis Nazar y Prof. Olga Martínez, quienes brindaron un gran apoyo para convertir este sueño en meta y de esta meta una realidad.

Agradezco a mi familia, especialmente a mi esposo e hijas y a mi suegra, quienes con su paciencia y comprensión me aportaron su apoyo incondicional, pilar fundamental en este logro.

A mi amiga Argelia, quien siempre me apoyo, dando palabras de aliento antes las adversidades encontradas en el camino para este gran logro.

A la Universidad de Carabobo mi Alma Mater y en especial a la Facultad de Ciencias de la Educación por brindarme la oportunidad de desarrollar esta meta y consolidarme como profesional en el fascinante mundo de la Orientación.

Betzi Rodríguez

AGRADECIMIENTO

La consolidación de este Trabajo de Grado no hubiese sido posible sin el apoyo Institucional y Académico de:

La Universidad de Carabobo que con su visión de vencer las sombras, hoy me permite cerrar un ciclo académico.

La Facultad de Ciencias de la Educación, quien me abrió las puertas ofreciéndome toda una gama de nuevos conocimientos, de la mano de los mejores profesores de quienes tuve fortuna de aprender, conocer y hasta compartir, para todos y cada uno de ellos mi respeto y mi agradecimiento.

Prof. Olga Oliveros, Descansa en Paz!

La Facultad de Ciencias de la Salud, Unidad de Psicogeriatría Coordinada por el Dr. Salvador Bucella, quien amablemente brindo todo su apoyo desinteresado y con entusiasmo hizo de este trabajo una actividad fascinante.

A las Dras. Gladys Román de Cisneros, Cira Bracho y Amarilis Guerra quienes me apoyaron y apostaron al éxito de esta meta. Mil Gracias!

A las Dras. Luisa Rojas y Maristella Colliva, nuestras Tutora y Asesora de Investigación, cordiales y siempre presta a guiarnos en los momentos más oportunos. Dios les bendiga!

Y por último y no menos importante, a mi colega-amiga-compañera-hermana Betzi, quien ha sabido lidiar los momentos de estrés. Gracias por tu incondicional apoyo!

Francys Mármol

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por haberme guiado en este camino de estudios de la Orientación, que me ha ayudado a consolidarme como profesional, pero sobre todo haber despertado en mí la sensibilidad social como ser humano.

Dios mi mejor Orientador.

A mi hermosa Familia en especial a mi esposo Hermes, mis hijas, Valeria y Verónica, y a mi madre, quienes fueron fuente de inspiración y estímulo para lograr esta meta.

Familia mi mejor ejemplo.

Betzi Rodríguez

DEDICATORIA

A Dios Padre Todopoderoso por darme la Vida, por permitirme vivirla y por llevarme siempre de tu mano Señor. Eres mi refugio.

Jesús, en ti Confío

A los mejores Maestros que he tenido, esos quienes me enseñaron que caerse es permitido, pero que levantarse es obligatorio, que con sus ejemplos e incondicional apoyo hacen que este ciclo como otros hoy culmine.

Son mi bendición! Gracias Mamá. Gracias Papá

A tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Con tu amor y tu apoyo me inspiraste a ser mejor para ti, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti, gracias por estar siempre a mi lado.

Te Amo Hija

A esas personas importantes en mi vida, mis hermanos de sangre (Carlos – David y Migdalia) y hermanos de corazón (Gila, Caro, Karel, Alexandra, Franis y Javier) que siempre estuvieron atentos para brindarme su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño esta tesis se la dedico a ustedes también.

Francys Mármol



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
 ESCUELA DE EDUCACIÓN
 DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN
 CÁTEDRA MÉTODO DE INVESTIGACIÓN EN ORIENTACIÓN
 TRABAJO ESPECIAL DE GRADO



ACTA DE APROBACIÓN

En calidad de jurado designado para la evaluación del Trabajo Especial de Grado titulado: **LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL DEL ADULTO MAYOR DESDE LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA: PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ORIENTACIÓN PARA SU ABORDAJE**, correspondiente a la Línea de Investigación: presentado por Betzi Johsanna Rodríguez Armas y Francys Josefina Mármol Román, titulares de la Cédula de Identidad N° 13.193.537 y 12.312.720 respectivamente, para optar al título de **Licenciado en Educación, Mención Orientación**, estimamos que el mismo reúne los requisitos suficientes para ser considerado como: Aprobado.

Profesor(a) tutor(a): Luisa Rojas

C.I.: 4.596.643.

Línea de investigación: *Orientación, Educación y Salud*

NOMBRE Y APELLIDOS	C.I.	FIRMA DEL JURADO
<i>Glennara Samarín</i>	<i>5382693</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Graiel Vallejo</i>	<i>4.452.044</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Emilio Segura</i>	<i>12.108.141</i>	<i>[Firma]</i>

En la Ciudad de Valencia, a los 11 días del mes de julio del año 2014





UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN



CATEDRA MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN ORIENTACIÓN

Ciudadano (a):
Dr. Salvador Buccella, Coordinador
Unidad de Psicogeriatría
Facultad de Ciencias de la Salud

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitar el consentimiento informado para que (las) bachilleres: Betzi Rodríguez, titular de la cédula de identidad N° 13.193.537 y Francys Mármol, titular de la cédula de identidad N° 12.312.720, cursantes del décimo semestre de la Licenciatura en Educación, Mención Orientación, desarrollen investigación titulada: La Sobrecarga del Cuidador Informal del Adulto Mayor desde la Percepción Subjetiva: Propuesta de un Programa De Orientación para su Abordaje, relacionada con el área de la Orientación, bajo la tutoría de la Profesora: Luisa Rojas.

Sin más que referir, quedo de usted.

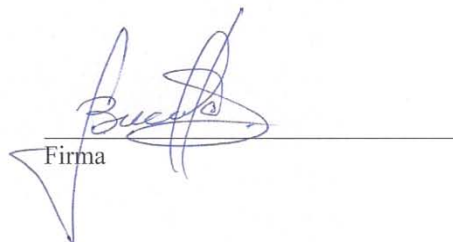
Atentamente,

Prof. Eusebio De Caires
Coordinador de Investigación del
Departamento de Orientación.

Sello

Yo, Salvador Buccella titular de la cédula de identidad N° 5.993.079, en mi condición de Coordinador de la Unidad de Psicogeriatría de la Facultad de Ciencias de la Salud doy mi consentimiento para que los (las) bachilleres ya mencionados (as), desarrollen la referida investigación en esta institución.

Consentimiento que se otorga en Valencia, a los 23 días del mes de Junio del año 2014.


Firma

Dr. Salvador Buccella S.
MEDICINA INTERNA - ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR
C.I.: 5993079 - MSAS: 39894
CME 4.200
APUC

Sello

INDICE GENERAL

	Pág.
ÍNDICE DE TABLAS.....	iv
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	v
RESUMEN.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I	
El Problema	
Planteamiento del Problema.....	9
Objetivos de la Investigación.....	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos.....	18
Justificación.....	18
CAPÍTULO II	
Marco Teórico	
Bases Teóricas	20
Teoría Humanista.....	20
Teoría Psicosocial.....	23
Antecedentes.....	24
Marco Conceptual.....	38
CAPÍTULO III	
Marco Metodológico	
Naturaleza Tipo de la investigación.....	40
Análisis de la Factibilidad.....	42
Diseño de la investigación	44
Población y Muestra	45
Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.....	45
Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	46
CAPÍTULO IV	
Análisis e Interpretación de los Resultados	
Análisis e interpretación de los resultados.....	48
CAPÍTULO V	
Diseño de la Propuesta	
Título.....	66
Introducción.....	66
Justificación.....	67
Descripción del Programa.....	68
Visión.....	69

Misión.....	69
Valores del Programa.....	69
Cobertura Poblacional.....	70
Contexto Institucional.....	70
Bases Legal.....	70
Objetivos del Programa	
Objetivo General.....	71
Objetivos Específicos.....	71
Sinopsis del Programa.....	71
Metodología del Programa.....	72
Recursos del Programa.....	72
Duración del Programa.....	72
Beneficiarios del Programa.....	73
Evaluación del Programa.....	73
Plan Operativo.....	74
Cronograma de Actividades.....	78
Diseño de las Estrategias o Eventos del Programa.....	79
Manual del Facilitador.....	93
Evaluación de las Actividades.....	115
Marco Teórico del Programa.....	116
CONCLUSIONES.....	150
RECOMENDACIONES.....	152
BIBLIOGRAFÍA.....	153

INDICE DE TABLAS

N°	Descripción	P.P
1	FRECUENCIA DE LOS GRUPOS ETARIOS DE LOS CUIDADORES.....	48
2	FRECUENCIA DE LAS RESPUESTAS DE LOS CUIDADORES AL TEST DE ZARIT.....	49
3	ITEMS MAS DESTACADOS DENTRO DE LAS RESPUESTAS DE “CASI SIEMPRE”.....	51
4	FRECUENCIA DE LOS ITEMS QUE REpondieron LOS CUIDADORES AL TEST DE ZARIT, QUE RESULTARON CON UN NIVEL DE “AUSENCIA DE SOBRECARGA”.....	53
5	FRECUENCIA DE LOS ITEMS QUE RESPONDIERON LOS CUIDADORES AL TEST DE ZARIT QUE RESULTARON CON UN NIVEL “LEVE DE SOBRECARGA”.....	54
6	FRECUENCIA DE LOS ITEMS QUE RESPONDIERON LOS CUIDADORES AL TEST DE ZARIT QUE RESULTARON CON UN NIVEL “INTENSO DE SOBRECARGA”.....	56
7	INTENSIDAD DE LA SOBRECARGA SEGUN GRUPOS ETARIOS.....	58
8	INTENSIDAD DE LA SOBRECARGA SEGÚN EL PARENTESCO DEL CUIDADOR.....	59

INDICE DE GRAFICOS

Nº	Descripción	P.P.
1	FRECUENCIA DE CUIDADORES POR GRUPOS ETARIOS.....	48
4	REPRESENTACIÓN GRAFICA DE LA FRECUENCIA DE LAS RESPUESTAS DE LOS CUIDADORES AL TEST DE ZARIT.....	51
3	INTENSIDAD DE SOBRECARGA, SEGÚN LOS GRUPOS ETARIOS.....	59
4	INTENSIDAD DE LA SOBRECARGA SEGÚN LOS GRUPOS ETARIOS.....	60



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO



**LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL DEL ADULTO MAYOR
DESDE LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA: PROPUESTA DE UN PROGRAMA
DE ORIENTACIÓN PARA SU ABORDAJE**

Autoras: Betzi Rodríguez
Francys Mármol
Tutoras: Dra. Luisa Rojas
Dra. Maristella Colliva
Año: 2014

RESUMEN

La Organización Venezolana de Adultos Mayores señala que para los próximos años la población adulta mayor en Venezuela crecerá 120%, provocando un incremento de personas dependientes con una mayor demanda de cuidadores informales, familiares que ven desplazado su bienestar biopsicosocial. El objetivo de esta investigación es proponer un programa de Orientación para el abordaje de los efectos del síndrome de sobrecarga en los cuidadores que atienden a los adultos mayores de la Unidad de Psicogeriatría de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. La Metodología consistió en una investigación descriptiva aplicando la Escala de Zarit para diagnosticar la sobrecarga en 21 cuidadoras informales. Los niveles fueron, Ausente en 2 cuidadoras, Leve en 5 y Severa en 14. Predominando la afectación socioemocional. Se realizó el diseño del programa y se investigó la viabilidad de la propuesta a través de un proyecto factible.

Palabras Claves: Síndrome de Sobrecarga – Cuidador Informal – Bienestar Integral
Línea de Investigación: Orientación, Educación y Salud
Temática: Orientación y Salud Integral
Sub-Temática: Salud Mental

INTRODUCCION

En los últimos años los indicadores mundiales y más específicamente los nacionales enfrentan una problemática que va en ascenso progresivo y es que la familia se está convirtiendo en un sistema informal de cuidados repercutiendo cada vez más sobre la población productiva denominados “sándwich” por encontrarse entre los grupos etarios de 45 a 60 años y cada día más frágil. Las causas tienen que ver con el incremento del número de personas dependientes con una mayor demanda de cuidadores, y por otra parte los cambios socio-demográficos de los familiares donde la mujer ha ingresado al mercado laboral, siendo ésta en su mayoría la que asume el papel de cuidadoras.

Lo descrito anteriormente motiva el abordaje de esta problemática desde el enfoque del profesional de la orientación, cuya formación le permite dar apoyo y herramientas útiles a través de la propuesta de un Programa de Orientación dirigido a los Cuidadores Informales de los Adultos Mayores dependientes específicamente de los pacientes que asisten a la Unidad de Psicogeriatría de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, quienes manifiestan una serie dolencias tanto físicas y emocionales que afectan su salud y bienestar integral debido a los niveles de sobrecarga en los que está inmerso dentro de la relación paciente –Cuidador Informal.

De acuerdo a lo planteado por los Teóricos que sustentan la investigación la no satisfacción de las necesidades básicas en las personas y la falta de relaciones interpersonales generan un desgaste bio – psico – social que en la medida que avanza hacen del cuidador informal una persona no apta para garantizar el cuidado de otro.

De lo expuesto se evidencia la relevancia de esta investigación está dada en los beneficios que desde un contexto social ayudará a solventar una problemática que afectará progresivamente la masa de Cuidadores Informales con responsabilidad total o compartida fortaleciendo su conciencia situacional para que durante el tiempo que permanezca la relación de cuidado, se garantice el goce de un adecuado bienestar integral.

Esta investigación ha sido estructurada de la siguiente manera:

En el capítulo I se hace referencia al planteamiento del problema mediante la descripción del mismo, justificación e importancia, así como también los objetivos generales y específicos

El capítulo II describe el marco teórico del estudio por elementos teóricos significativos que permiten ampliar la perspectiva de la investigación en cuanto a: Antecedentes y Bases Teóricas que la fundamentan.

El capítulo III especifica el marco metodológico, la población y la muestra, la técnica de recolección y análisis de datos

El capítulo IV presenta el análisis y discusión de los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento, además se sintetiza las conclusiones y recomendaciones del estudio realizado.

Para finalizar, en el capítulo V se presenta la propuesta y diseño del Programa.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo, la industrialización, los avances médicos, las mejores condiciones de vida, la reducción de la mortalidad infantil han incidido en el aumento de la esperanza de vida, trayendo como consecuencia un incremento creciente del grupo de población adulta mayor - población de 60 años y más.

Según reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Del Águila. Roberto (2012) En el continente americano se evidencia un marcado aumento de la población de 60 años y más de edad respecto a la población menor de 15 años. Haciendo una progresión en el tiempo se pronostica que en el año 2025, la proporción de la población de 60 años y más ascenderá a 18.6% y para el año 2037, la mediana del índice de envejecimiento de la región alcanzará el valor de 100 adultos de 60 años y más por cada 100 niños menores de 15 años. Es decir, la mitad de los países de la región tendrán más de un adulto por cada niño de dicha edad (índice de envejecimiento superior a 100).

En Venezuela El Instituto Nacional de Estadísticas hace un análisis de los datos comparativos de la edad media del país donde se evidencia que en el año 1950, el 50 % de la población era mayor de 18 años. En el último censo 2011 ese promedio se ubicó en 26 años.

La Organización Venezolana de Adultos Mayores plantea que para los próximos años la población adulta mayor en Venezuela crecerá 120%, por lo que es necesario comenzar a preparar planes dirigidos al envejecimiento, para la prevención

de enfermedades y para mejorar la calidad de vida de las personas después de los 60 años de edad.

En Venezuela la expectativa de vida está alrededor de 72 y 79 años (OMS Venezuela 2013). La condición de adulto mayor está contenida en el artículo 7 de la Ley de Servicios Sociales, normativa legal que define al adulto mayor como toda persona con edad igual o mayor a 60 años.

Cabe resaltar que en esta etapa de la vida el individuo no es solo un saco de enfermedades y limitaciones. Si bien es cierto que las personas que llegan a esa edad afrontan problemas físicos, psíquicos y sociales que derivan de cambios biológicos propios de la edad, y que a veces establecen de forma muy rígida, la capacidad para llevar a cabo un acto tan natural como, el de comer o dormir diariamente, sino que también son portadores de experiencia y sabiduría que frecuentemente son ignoradas, especialmente cuando son internados en instituciones geriátricas.

Las condiciones de vida para este grupo etario son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten excluidos.

Algunos autores como Roselin Jerez (2014) plantea la preocupación de cómo va a llegar la gente joven a esa edad, con qué fuerza, con qué calidad de vida y en qué condiciones de salud”, por lo que resalta la necesidad de formar profesionales que brinden atención integral a las personas de la tercera edad, incluso a domicilio.

Con el crecimiento acelerado de la población adulta mayor no es posible garantizar una buena salud para que la vida de las personas mayores sea no solo más larga, sino mejor, a menos que los sistemas sociales estén preparados para responder a nuevas y mayores demandas de cuidados para estos grupos de población.

Por otra parte (Bover 2004) afirma que la familia se está convirtiendo en un sistema informal de cuidados cada día más frágil. Las causas son diversas, por una parte se debe al incremento del número de personas dependientes con una mayor demanda de cuidadores, y por otra parte los cambios socio-demográficos de los familiares donde la mujer ha ingresado al mercado laboral, siendo ésta en su mayoría la que asume el papel de cuidadoras.

Se considera importante dejar claro el concepto de cuidador. Según Ormaechea. E, se denomina cuidador a la persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario a una persona dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, siendo los más habituales los cuidadores de adultos mayores.

El perfil más frecuente y típico del cuidador es el de mujeres de mediana edad entre 50-60 años que son esposas o hijas. Es frecuente también encontrar mujeres de más de 75 años que asumen el rol de cuidadoras de los cónyuges con el consiguiente sobreesfuerzo y morbilidad que acompaña a esas edades, lo que les impide disponer de su tiempo libre para disfrutar de su madurez por la obligación de cuidar a terceros lo que incrementa la situación de estrés y sobrecarga del cuidador.

La mayoría de los estudios encontrados nacionales e internacionales se centran en el impacto que tiene en el cuidador informal en su salud y calidad de vida. Según Marks (2002) y Hunt (2003) existen pocos estudios que resaltan en los cuidadores valores como la satisfacción de poder ayudar lo que se traduce en un sentimiento de sentirse útil, pero éste se ve opacado por las consecuencias del desgaste físico y psíquico.

En ese sentido autores como (Mateo, Millán, Gonzalo 2000 y García 2004) la mayoría de los cuidadores se ven en la necesidad de medicarse por problemas de salud derivados de su condición de cuidador.

El concepto cuidador desde hace unos 40 años hasta la actualidad ha tenido diversidad de términos que se usan como sinónimos, pero que tienen implicaciones teóricas mucho más profundas. Pero concretizando se pueden diferenciar dos grandes grupos según (Rivas 2011): cuidadores profesionales, aquellos que ejercitan una labor profesional a través de organismos, instituciones o empresas y cuidadores no profesionales o informales, los familiares, amigos, voluntarios de asociaciones y ONG, etc. Pero todos ellos dedicados al cuidado humano.

Esta investigación está dirigida específicamente al abordaje de la problemática bio-psico-social de cuidador no profesional o informal, especialmente a la afectación del cuidador familiar.

El cuidado humano del cuidador informal, durante el trayecto de esta etapa de su vida ha visto desplazado su bienestar bio – psico – social, para proporcionarle atención a las personas dependientes de su cuidado. (Delicado 2008)

Se puede definir el cuidado humano como una actitud de responsabilidad y involucramiento afectivo con otro ser humano, la palabra cuidado engloba dos significados básicos: La primera, actitud de desvelo de solicitud y atención para con el otro. La segunda, de preocupación y de inquietud porque la persona que tiene a cuidado se siente envuelta y ligada afectivamente al otro (Martínez 2010).

Otros autores como (Arrate 2012) plantean los diferentes elementos que producen una sobrecarga al cuidador informal, como son:

- Contrae una gran carga física y psíquica
- Se responsabiliza de la vida del enfermo: medicación, higiene, cuidados, alimentación, etc.

- Va perdiendo paulatinamente su independencia, porque el enfermo cada vez le absorbe más.
- Se desatiende a sí misma: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital.

Las consecuencias de estos efectos determinan el denominado “Síndrome del Cuidador”, el cual es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador informal de una persona dependiente.

Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar repentinamente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera que es producido por el estrés continuo (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador.

Ser cuidador informal de un familiar según (Jacobs 2008), no es tarea fácil así como tampoco es prefijada, esperada o elegida voluntariamente, las tareas son asumidas de forma progresiva siendo difícil o casi imposible establecer un punto en el que el cuidador asume su rol principal, y el punto en el que ese cuidado a otro toma el control de la vida del cuidador. De tal modo el cuidador solo es tomado en consideración en la medida que presta cuidado a su familiar dependiente.

Se puede decir que el perfil del cuidador es generalmente de sexo femenino, de edad media, que es familiar directo del afectado (pareja, madre, padre, hijo, hija...), trata de compaginar el cuidado de su familiar con sus responsabilidades ordinarias,

crea que ésta será una situación llevadera y que no se prolongará demasiado tiempo y espera recibir ayuda por su entorno más cercano.

Pero conforme el tiempo va pasando el cuidador poco a poco, va asumiendo una gran carga física y psíquica, se responsabiliza por completo de la vida del afectado (medicación, visitas médicas, cuidados, higiene, alimentación, etc.), va perdiendo paulatinamente su independencia ya que el enfermo cada vez le absorbe más, se desatiende a sí mismo: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital.

Y es que “el tiempo no lo cura todo”... Conforme pasa el tiempo, la calidad de vida del afectado va mejorando considerablemente, mientras que la del cuidador va decayendo. (Crespo 2007)

Según (Gómez 2008) los principales síntomas de alerta del Síndrome del Cuidador son:

Físicos

- Cansancio, dolor de cabeza, de articulaciones, gastritis, hipertensión, insomnio, mareos, etc. A veces es complicado el diagnóstico de este síndrome ya que sus síntomas son muy comunes y se puede confundir con otras enfermedades.

Psíquicos

- Ansiedad, apatía, baja autoestima, depresión, irritabilidad, o trastornos del sueño.

Sociales

- Aislamiento, soledad, falta de tiempo libre y de aficiones. A causa de este cuidado informal, el cuidador tiende a separarse de las amistades, y hasta prescindir de posibles viajes. Situaciones estas que limitan o anulan la posibilidad de disfrutar, compartir y realizar un sano disfrute de su vida.

Laboral

- Absentismo y desinterés laboral o pérdida del puesto de trabajo por ser incompatible con el cuidado del familiar. En estas circunstancias, muchas mujeres "aparcen" de nuevo sus proyectos para dedicarse por completo a la atención de ese familiar que no puede valerse por sí solo.

Por otra parte en Venezuela en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en el Capítulo V de los Derechos Sociales de la Familia en el Art. 75 establece:

“El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad, el esfuerzo común, la comprensión mutua y el respeto recíproco entre sus integrantes. El Estado garantizará protección a la madre al padre o a quienes ejerzan la jefatura de la familia”

Art. 80 establece que

"El Estado garantizará a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos...y les garantizará atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida....."

Art. 83se establece que "La salud es un derecho social fundamental".

Mas sin embargo no se encontró legislación para los cuidadores informales, de allí el papel importante que le corresponde jugar al profesional de la Orientación en contribuir con un conocimiento útil para desarrollar proyectos de cuidado a cuidadores informales, haciendo énfasis en las necesidades que tienen los cuidadores.

Dadas esas circunstancias y con base a los referentes revisados se presenta una situación problemática que ha recibido poca atención desde el punto de vista de la Orientación y se plantea una investigación para el abordaje de este problema.

Cabe decir que la labor y el propósito del Orientador frente a la promoción del bienestar biopsicosocial, es ayudar a los individuos de los diversos contextos a que logren explorar sus propias potencialidades, aportándoles herramientas que le permitan comprenderse a sí mismos para poder comprender y asimilar a sus semejantes y que tomen decisiones adecuadas con respecto a su bienestar enfatizando primordialmente lo emocional. No se trata de decirles como asumir ese bienestar, sino mostrarles todas las oportunidades que poseen para lograrlo.

En este sentido resulta relevante formular las siguientes interrogantes en torno al problema planteado:

¿Padecerán del síndrome de sobrecarga los cuidadores informales que tienen a su cargo los adultos mayores atendidos en la Unidad de Psicogeriatría de la FCS/UC?

¿Cuáles elementos del síndrome de sobrecarga inciden en el bienestar biopsicosocial de los cuidadores informales que tienen a su cargo los adultos mayores atendidos en la Unidad de Psicogeriatría de la FCS/UC?

¿Será factible la aplicación de un programa de Orientación para minimizar los efectos del Síndrome de Sobrecarga?

¿Cuáles estrategias se pueden proponer para minimizar los efectos del Síndrome de Sobrecarga?

Objetivo General:

Proponer un programa de Orientación para el abordaje de los efectos del síndrome de sobrecarga en los cuidadores informales que tienen a su cargo a los adultos mayores atendidos en la Unidad de Psicogeriatría de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

Objetivos Específicos:

1. Diagnosticar los elementos del síndrome de sobrecarga del cuidador que inciden en el bienestar biopsicosocial de los cuidadores informales a cargo de los adultos mayores atendidos en la Unidad de Psicogeriatría de la FCS/UC.
2. Determinar la factibilidad de implementar un programa de Orientación, dirigido a minimizar los efectos del síndrome de sobrecarga del cuidador informal del adulto mayor.
3. Diseñar un programa de Orientación que aporte a los cuidadores informales de adultos mayores, herramientas para prevenir y minimizar los efectos del Síndrome de Sobrecarga.

Justificación

En los párrafos anteriores se ha resaltado el incremento en la necesidad de aportarles conocimientos a los cuidadores informales para minimizar los efectos de la sobrecarga del Cuidador Informal del Adulto Mayor.

La familia debe estar preparada para responsabilizarse de sus adultos mayores en todas sus etapas, siendo el presente trabajo una iniciativa para generar resultados que incentiven a que el profesional de la Orientación cumpla con su rol de facilitador en la preparación del grupo familiar de los adultos mayores.

En la Unidad de Psicogeriatría (UPG) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, se atienden pacientes adultos mayores en una consulta de medicina interna especializada en Psicogeriatría. Estos pacientes padecen enfermedades crónicas cuyos cuidadores son en su gran mayoría familiares. En la (UPG) no existen estrategias de apoyo en Orientación para esos cuidadores informales.

Por otra parte, la relevancia de los resultados de esta investigación resaltan los valores educativos como factores fundamentales en el proceso de formación integral de la familia, logrando fortalecer los conocimientos del proceso de envejecimiento.

De tal manera que la importancia de esta investigación radica en hacer un diagnóstico de la situación para llenar un vacío que podría complementarse con un escenario en el cual la orientación pudiera jugar un papel importante con la aplicación de un programa permanente y de seguimiento para minimizar los efectos de la sobrecarga del cuidador.

El desempeño del Orientador, como promotor del bienestar biopsicosocial del individuo, contribuirá a una mejor calidad de vida del cuidador, y por ende de la persona a su cargo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presenta el Marco Teórico que sustenta la investigación, está constituido por los Referentes Teóricos y Antecedentes de la Investigación.

Teoría de la Motivación Humana. Abraham Maslow (1968)

El proceso de cuidar a un adulto mayor genera una serie de necesidades en el cuidador informal, que se ven descuidadas en su satisfacción por las horas que deben dedicarse a ese cuidado. En ocasiones estas necesidades están muy relacionadas con la esfera socio-emocional, donde el cuidador se ve impedido en satisfacerlas que conlleva una serie de sentimientos encontrados que se explican muy bien en la Teoría de Maslow A. investigador de gran transcendencia en el área de la gerontología, en la cual asevera que el ser humano es un ser de necesidades, y a su vez la necesidad motiva la conducta del individuo. Motivo por el cual se ha seleccionado como referente teórico en este trabajo.

Según la teoría de Maslow la jerarquía de necesidades se presenta como una pirámide de 5 niveles donde los cuatro primeros niveles pueden ser agrupados

como necesidades del déficit, mientras que el nivel superior se le denomina necesidades del ser. Como se presenta en la Fig. 1

La teoría de su modelo de la necesidad humana incluye: las necesidades fisiológicas, la protección y seguridad, la necesidad de amor y prosperidad, la autoestima y la autorrealización.

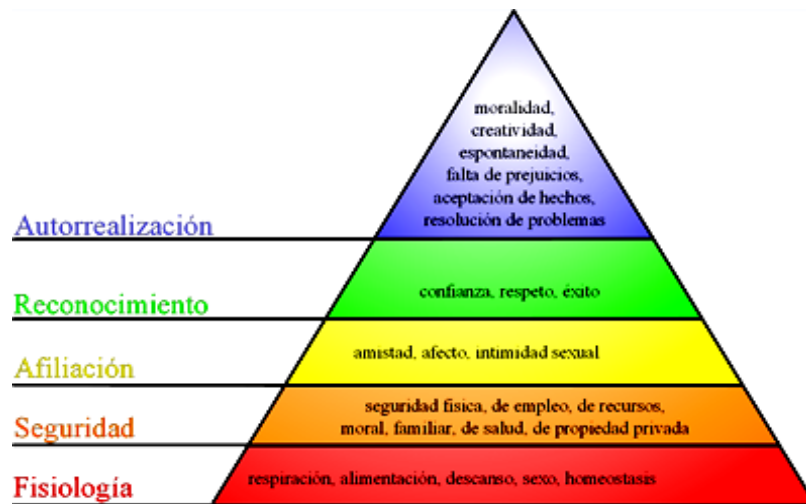


Figura N° 1

Este teórico plantea que a lo largo de toda la vida el ser humano se esfuerza por satisfacer sus necesidades en cada uno de esos niveles, con las variaciones lógicas según las diferentes etapas de su vida. Por lo que promueve el concepto de un ser humano que persigue un continuo crecimiento y desarrollo, a lo largo de toda su vida y una vez que se satisface una necesidad, el individuo deja de ser consciente de ésta.

Las variables de que estas necesidades se satisfagan por completo, parcialmente o simplemente no se satisfagan dependen de factores internos o externos al individuo de tal manera que lo más importante del análisis de la pirámide

de Maslow son las fuerzas que contraponen el equilibrio entre el mundo interno y el mundo externo de la persona.

Según Maslow la persona auto-realizada es aquella que no presenta tendencias hacia problemas de salud mental y es considerada como una persona excepcional.

La escalada por la pirámide hacia la auto-realización en el caso de un cuidador informal se caracteriza por tener barreras para la satisfacción de las necesidades humanas por el hecho de mantener responsabilidades muy arraigadas en el cuidado de otros y no de sí mismo, llegando a paralizarse la escalada hacia la autorrealización.

La idea de esta jerarquización, es que las necesidades más altas en la pirámide ocupan la atención del individuo sólo cuando se han satisfecho las necesidades de los niveles inferiores en la pirámide, dependiendo en gran manera de las herramientas que tenga el individuo para enfrentar los factores externos, de tal manera que se presenta como un ser con expectativas de avance hacia instancias superiores que le permitan crecer donde el poder lograrlo juega un rol de barrera, en este caso pudiera hablarse de una carencia en la orientación para organizar su plan de vida.

En la búsqueda de seguridad surge la contradicción de la inseguridad. De considerarse excluido del sistema. El sujeto ante la falta de reconocimiento, la necesidad de afecto desarrolla mecanismos de defensa como ansiedad, rabia, se encierra en su problema mirándose solo a sí mismo con conductas erráticas, pierde la confianza y por ende el respeto como persona y por lo tanto hacia otros, y como resultado no alcanza satisfacer sus necesidades.

La solución a estas situaciones de crisis no es simple, pero la Psicología Social postula que la aplicación de proyectos a corto plazo, le permitirán pensarse viviendo en una realidad que deberá enfrentar y superar, para salir al mundo externo que lo conduzca a su auto-realización. Para ello deberá disponer de conocimientos y herramientas que le orientarán como enfrentar esa situación

La intervención grupal, es una tarea que permite salir del adentro, del individualismo y relacionarse con otros adaptándose a la realidad con otros que sufren y padecen lo mismo, de tal manera que entre todos podrán salir adelante y ganar una batalla que hasta hoy parecía perdida.

Teoría Psicoanalítica de la Personalidad de Erik Erickson

Basada en los principios básicos del psicoanálisis Freudiano, plantea que no solo el ser humano se desarrolla por factores internos, sino que también expresa como el entorno sociocultural es un factor importante en el desarrollo de las personas y que estas se ven influenciada de manera diferente por los periodos, a los que Erik llamó “crisis”, y como cada sujeto se desenvuelve en medio de sus fortalezas y debilidades construyendo así su personalidad.

Erik pudo relacionar el desarrollo de la personalidad con los valores implícitos tanto familiares como sociales, desarrollando el concepto de crisis de identidad, caracterizada por el conflicto ineludible que acompaña al fortalecimiento del sentido de la identidad durante la fase final de la adolescencia.

Siendo, que cada etapa permite el desarrollo de las virtudes básicas, la esperanza, la voluntad, el propósito, la fidelidad, la competencia, el amor, la preocupación por los demás. De esta manera, la persona aprende a resolver sus problemas en la medida de su desarrollo, de la confianza que adquiere y en su personalidad se va fortaleciendo la autonomía, siendo capaces de asumir sentimiento de competencia para su mejor desenvolvimiento.

El concepto central de la doctrina de Erickson es la identidad del yo, el cual él considera varía de acuerdo con la cultura del contexto, en cuanto a la presente investigación se considera que el cuidador informal debe comprender la importancia de la integridad como ser humano, la cual debiera estar basada en la reflexión sobre la vida y las diferentes etapas que ellas encierran, sin que estas generen sentimientos de angustias o causen efectos secundarios los cuales por consiguientes generen alteraciones de orden psicológicas, biológicas o emocionales, tales como suelen suceder durante el cuidado informal de un adulto mayor

Antecedentes de la Investigación

El principio básico de esta investigación descansa sobre la “Promoción de la salud” más específicamente la del cuidador informal, como estrategia para el cuidado humano del adulto mayor dependiente.

Existe una preocupación internacional en torno al tema que aquí se aborda y ya en Ottawa Canadá en 1.986 se redacta La **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**, documento elaborado por la (OMS) durante la Primera Conferencia

Internacional para la Promoción de la Salud, dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000".

Dentro de sus apartados resalta una relación directa con este trabajo como lo es el precepto de que las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos. En este caso las estrategias y programas estuvieron adaptados a las necesidades locales del grupo de cuidadores informales de adultos mayores dependientes de la Consulta de Psicogeriatría del Departamento de Salud Mental de la FCS/UC.

Posteriormente, se han desarrollado a nivel internacional actividades en torno a este tema como: el Programa de salud para todos en 1997, en 1999 la Salud 21 y más recientemente en 2005 La Carta de Bangkok. En esta última se hace énfasis en la creciente carga que representan las enfermedades crónicas que mayormente afectan a los adultos mayores haciéndolos dependientes, en particular las cardiopatías, los accidentes cerebro-vasculares, el cáncer y la diabetes. En su propuesta se pretende ser un foco de iniciativas de la comunidad y de la sociedad civil.

Esto tiene relación con esta investigación en el sentido que se requieren cuidadores para este grupo de personas afectadas y además políticas de estado para su abordaje, motivo por el cual se ha tomado una iniciativa dentro de los nuevos profesionales egresados de la Facultad de Ciencias de la Educación, mención Orientación, con la participación de la sociedad civil para abordar esta interesante responsabilidad de reducir el síndrome de sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores dependientes, en el sentido de ofrecer a los adultos mayores la posibilidad real de alcanzar su máximo potencial de salud en los hogares y el entorno donde se

desenvuelven, a través de los cuidados que son realizados por los familiares y que se ubican fundamentalmente en el ambiente doméstico de su cotidianidad. A este tipo de cuidadores son los denominados cuidadores informales para diferenciarlos de aquellos profesionales preparados para tal fin dentro de las carreras de enfermería mayormente. (Bódalo 2010)

El adulto mayor se ha convertido hoy en día en una gran preocupación para la salud pública a nivel mundial, debido a la prevalencia de vida considerado en las últimas décadas. El Ministerio del Poder Popular para la Salud y Desarrollo Social 2003 en Venezuela, ha considerado al Adulto Mayor como una prioridad dentro de los diferentes programas de salud, creándose instituciones de larga y corta estancia para el cuidado del adulto mayor, ingresándose personas mayores de 60 años de ambos sexos en condiciones de autogestión, que por situaciones sociales se les dificulta compartir con el grupo familiar. Mas sin embargo no se han encontrado programas para apoyar a los cuidadores de estos adultos mayores en el hogar.

Ubierto (2005) en sus investigaciones plantea la importancia de manejar la claudicación del cuidador informal y la necesidad de abordar su problemática, con cuyo planteamiento coincide este trabajo. Desde el punto de vista de la enfermería, debe abordarse el soporte y el apoyo a los cuidadores informales, ya que no es posible mantener al personal sanitario las 24 horas en el domicilio del adulto mayor dependiente por lo que es imperativo proporcionar un soporte integral a los cuidadores informales, a fin de promover la permanencia de la persona dependiente en el hogar procurando, en lo posible, el mantenimiento de su autonomía personal, pero dándole un soporte integral y continuo a la familia, concretamente al cuidador principal, y además de esta manera mejorar la eficacia de los recursos asistenciales destinados a la atención de personas con dependencia.

Las aseveraciones de Ubriago se relacionan fuertemente con el propósito de esta investigación debido a que aborda no solamente el aspecto de la sobrecarga del cuidador informal, sino los aspectos colaterales que inciden en la problemática de atención al adulto mayor dependiente.

Rivera (2009) por su parte plantea que la fase de enfermedad en la que se encuentre un adulto mayor es una condición determinante de la cantidad de tiempo invertido en cuidados y, por ende de la sobrecarga a la que estaría sometido el cuidador, factores externos que agravan la incidencia en la salud biopsicosocial del cuidador. La relación que guarda este estudio con la investigación presentada es que pone en evidencia la necesidad de conocer los niveles de sobrecarga del cuidador para su abordaje más específico.

En este mismo orden de ideas se encuentra que el autor Tirado (2009) contempla en su investigación que los cambios de comportamiento, las pérdidas de la memoria y el deterioro del pensamiento son síntomas que acompañan el envejecimiento y restringen su habilidad para realizar actividades de la vida diaria.

En este tipo de situaciones es la familia la que asume el cuidado, contribuyendo a mantener la calidad de vida, la seguridad, el bienestar psicológico y físico del adulto mayor. Esto provoca generalmente un alto grado de estrés y carga emocional y hay más riesgo de alteraciones de la dinámica familiar y social con un mayor riesgo de aparición de problemas físicos y psíquicos en los cuidadores, aumentando el riesgo de “claudicación del cuidador informal” como lo define Ubiergo (2005)

De allí la importancia que relaciona esas investigaciones con este trabajo, ante la necesidad de contar con el apoyo de profesionales de la orientación para apoyar con programas adecuados estas situaciones y minimizar los efectos de la sobrecarga de los cuidadores informales y sus familias.

Por otra parte, Palacios (2005) en su investigación titulada: “Conocimiento del grupo familiar y la prevención de accidentes en el adulto mayor antes y después de participar en un programa educativo”. Cuyo objetivo fue: Determinar el conocimiento del grupo familiar y la prevención de accidentes en las actividades diarias del adulto mayor, concluyó que, existen factores internos y externos, en el proceso de envejecimiento, que inciden en la capacidad de adaptación, haciéndolos vulnerables a sufrir accidentes en el hogar. Siendo el grupo familiar el ente de apoyo del adulto mayor, por lo que es relevante educarlos y brindarles orientación familiar.

Es decir, la rutina diaria de estar cuidando la salud del otro, provoca un desgaste emocional, siendo el estrés parte de la cotidianidad del cuidador llevándolo a crearse falsas expectativas sobre sí mismo y a un aumento de la sobrecarga en sus actividades diarias, al estar luchando por realizar lo mejor posible su labor a pesar del cansancio crónico que viven. Aldana (2009)

También fueron importantes para este trabajo los planteamientos de Pérez (2009) quien ha detectado en sus investigaciones, problemas como la depresión en cuidadores con dificultades en la unión de pareja o divorcio previos al inicio de la situación de asumir el papel de cuidador de un adulto con dependencia, pudiendo llegar a afectaciones la esfera psíquica, y así aumentar la sobrecarga de los cuidadores.

Por otra parte Fuentes (2011) sostiene que dentro de los programas dirigidos a minimizar la sobrecarga del cuidador informal, es relevante aclarar la importancia de sus funciones, pero además, sus períodos de descanso, cuándo van a ayudarle los otros miembros de la familia en las tareas de los cuidados y animarlos a que comenten con pares sus vivencias e impresiones, para evitar la sobrecarga del cuidador, porque es posible que muchos cuidadores no declaren su cansancio por considerar que su cuidado es una obligación moral y solamente hacen referencia a ello cuando ya no pueden más.

Ese trabajo tiene relación con esta investigación ya que coincide con los aspectos tomados en consideración para la selección de estrategias en la propuesta que se presentó.

El autor Orueta (2011) en su trabajo denominado “Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes” y Bódalo (2010), ambos hacen referencia a los efectos en la salud que representa el hecho de cuidar todo el día a una persona y como esto repercute en ella misma. En los aspectos físicos que más influye son: cansancio crónico, dolores de espalda por cansancio o agotamiento, dolor de cabeza, estrés, falta de sueño, depresión y ansiedad principalmente. Es importante señalar que esto también repercute en su vida en el ámbito emocional, laboral y social. Este último aspecto mencionado también por Orta (2007)

La importancia que relaciona estos autores con este trabajo se refiere fundamentalmente a las coincidencias en las detecciones que con la aplicación del Test de Zarit se pusieron de manifiesto como lo es ese aspecto socioemocional al que hacen referencia.

El autor Da Silva (2009) considera que el cuidado cotidiano del adulto mayor dependiente, en ocasiones puede provocar, comportamientos agresivos de ambas partes debido a la sensación de exigencias excesivas por parte de la persona cuidada que puede llevar a una sobrecarga del cuidador y al desarrollo del cansancio ya mencionado arriba.

En muchos casos el adulto mayor tiene expectativas poco realistas sobre quien lo cuida de su dependencia y otro aspecto a tomar en cuenta es la despersonalización del cuidador que con frecuencia se siente tratado como un objeto lo que causa impacto y negación; y se produce un endurecimiento emocional y culpabilidad del cuidador por el anciano. Según este autor las mujeres y las compañeras son las más vulnerables a sufrir este fenómeno, trayendo como consecuencia una culpabilidad muy intensa, sumado a que los lazos afectivos amplían la ansiedad frente a las tareas de cuidar y la desmotivación de no ver resultados relevantes de su cuidado, puede llegar a producir una claudicación como crisis socioemocional.

Esta investigación de Da Silva coincide con los hallazgos de este trabajo en las entrevistas con las cuidadoras de adultos mayores dependientes lo que permitió obtener datos importantes de información para apoyar la elaboración de la propuesta coherente con las necesidades del grupo de cuidadoras en estudio.

Palacios (2005) fundamenta su investigación, en que a medida que el adulto mayor este articulado en su medio familiar sin que represente para sus miembros una carga extra por sus limitaciones, permitirá mantener un adecuado clima de convivencia para él y sus familiares.

De allí la importancia y relación con este trabajo en el que se persigue el logro de un equilibrio socioemocional en el seno del cuidado en el hogar obstaculizado por el hecho al asumir sin conocimientos de auto-cuidado, el rol como cuidador informal, cabe destacar que en ambos estudios arrojan que el mayor porcentaje de cuidadores informales está representado por la hija. De allí la importancia de un programa educativo orientado no solo a educar a los familiares en cuanto a la atención primaria que debe percibir el adulto mayor sino al cuidado que debe proveerse a sí mismo en su rol de cuidador informal a fin de evitar padecer a futuro las secuelas del Síndrome del Cuidador Informal

En los últimos 20 años el cuidador informal de personas mayores dependientes es aquel que no siendo profesional de la salud, ni es remunerado y mayoritariamente realizado por familiares, se ha convertido en un tema de especial relevancia, tanto desde un punto de vista social como clínico. Debido esencialmente al envejecimiento de la población y al incremento de enfermedades degenerativas, cada vez hay más cuidadores que ocupan esta posición durante más tiempo. Casado y López (2001).

Para Rivera (2001) el cuidado informal es la atención no remunerada que se presta a las personas con algún tipo de dependencia psicofísica por parte de los miembros de la familia u otros sujetos sin otro lazo de unión ni de obligación con la persona dependiente que no sea el de la amistad o el de la buena voluntad.

Si bien la discapacidad y la consiguiente necesidad de ayuda no es un problema exclusivo de las personas mayores, y es cierto que la dependencia es un fenómeno que afecta a todas las edades, también es verdad que dos terceras partes de

las personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria tienen más de 65 años. Por consiguiente se puede afirmar que hay una clara correlación entre edad y necesidad de asistencia (Instituto Nacional de Estadística, 2000)

Los cuidadores informales eran la principal y casi única fuente de apoyo de los mayores dependientes. Lo que ha cambiado en las últimas décadas es la cantidad de personas que desempeñan el rol de cuidadores, la duración de los cuidados y las tareas que tienen que desempeñar. El aumento de la esperanza de vida y los avances de la medicina han hecho que en la actualidad los cuidadores atiendan a sus familiares mayores dependientes durante una gran cantidad de años, para ello es imperante le sea facilitado las estrategias necesarias que le permitan ofrecer calidad de atención a la persona en cuidado como así mismo.

Cuando alguien enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema familiar del enfermo hay un cuidador principal que asume las tareas de cuidado básicas, con las responsabilidades que ello acarrea, que es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo, sin que generalmente haya llegado a desempeñar ese papel por un acuerdo explícito de la familia, y que no percibe una remuneración económica por sus tareas.

Cuidar es una tarea con una doble vertiente, en la que el cuidador primero debe conocer las necesidades de la persona mayor y después saber cómo satisfacerlas. En función de la naturaleza del problema, cuidar puede requerir una pequeña cantidad de trabajo o una gran tarea, puede ser algo breve o que no se sabe cuándo va a finalizar. Cuando es una gran tarea o se prolonga durante mucho tiempo, puede ser una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y de las energías del cuidador.

De hecho, la vida del cuidador en la mayoría de las ocasiones se organiza en función del enfermo, y los cuidados atencionales tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana. Incluso en ocasiones, especialmente en las enfermedades crónicas y degenerativas, no son las atenciones las que se adaptan al horario de los cuidadores sino que todo el horario se adapta en función del enfermo al que se atiende: horario laboral, de comidas, de vacaciones... (Alonso, 2002; Dellmann-Jenkins, Blankemeyer y Pinkard, 2001), llegando algunos cuidadores a tener que abandonar sus trabajos por la incompatibilidad que conlleva trabajar fuera de casa y atender a su familiar enfermo; o a trasladarse de su propio hogar al del familiar enfermo para poder atenderle mejor. Ofrecen cuidados silenciosos, muchas veces durante una gran cantidad de años, día tras día, noche tras noche...

El desgaste producido en el cuidador suele desarrollarse de manera progresiva sin que este lo perciba de manera inmediata, a diferencia de otras ocupaciones no está dirigida principalmente por las metas que cada cual se propone, sino por aquellas que vienen impuestas por el mismo desarrollo de la problemática de la persona mayor y los niveles de dependencia que va alcanzando.

Li, (2000), describe clasifica en etapas la sobrecarga del cuidador:

- a) Preparación-adquisición. Etapa en la que el cuidador va aumentando comprensión del problema y de la necesidad de ayudar de manera continuada a su familiar, que generalmente se produce con motivo de un empeoramiento físico del familiar o de su hospitalización.

- b) Promulgación-actuación. Periodo en el que el cuidador ejerce su rol. Un rol que no es siempre el mismo porque los problemas del adulto mayor al que se atiende son progresivos, además de multidimensionales y complejos. Por otra parte las dificultades a las que los cuidadores tienen que enfrentarse no se ajustan única y exclusivamente a la persona a la que se cuida sino que en numerosas ocasiones también tienen que ver con problemas añadidos a los originados por la situación de cuidado: laborales, familiares, etc.

- c) Abandono. Etapa que generalmente comienza tras el fallecimiento del familiar y que no se caracteriza necesariamente por el cese del estrés del cuidador que tiene que recomponer no solo su vida sino también en numerosas ocasiones su propia identidad. Es cierto que los cuidadores muestran una gran fortaleza y recuperación tras la muerte del ser querido, y por ello algún estudio encuentra mejorías globales en los niveles de depresión de los cuidadores tras el fallecimiento del familiar (Schulz et al.,2003).

Durante el periodo el que el cuidador informal permanece activo en su rol, atraviesa una serie de fases que suelen producirse en momentos de transición claves para la adaptación o proliferación del estrés del cuidador. No es de extrañar que el cuidado de una persona dependiente sea considerada una situación de estrés lo que ha llevado a que se considere como uno de los paradigmas fundamentales para el estudio del estrés crónico (especialmente en el caso de enfermedades degenerativas como la demencia), ya que por lo general tiende a ser una situación continua (en cuanto que ocupa gran parte del tiempo del cuidador) y de larga duración (puesto que es frecuente que se prolongue durante meses e incluso años).

Los Efectos de Cuidar

Cuidar a una persona dependiente supone con frecuencia una notable fuente de estrés que puede llegar a afectar, y de hecho afecta, de manera importante a la vida del cuidador. No es de extrañar que, dada la alta dedicación que exige el cuidado de una persona dependiente, los cuidadores sientan, por el hecho de serlo, afectados todos los demás ámbitos de su vida cotidiana.

Además de ver mermado su tiempo libre y las actividades de ocio, de ver restringida su vida social, de tener dificultades en la vida familiar y laboral, ven alterada su propia salud. Los cuidadores presentan problemas de salud tanto físicos como emocionales o psicológicos, los cuales, aun pudiendo afectar todos los familiares de la persona mayor dependiente. Dificultades estas que a pesar de que los cuidadores se vean afectados tanto física como emocionalmente por el desempeño de su rol, muchas veces ellos mismos se niegan a aceptar que los síntomas que presentan pueden obedecer al hecho de que cuiden a su familiar.

Entre las repercusiones que la exposición a continuo estrés crónico al que es expuesto el Cuidador informal están:

1. En la Salud Física: Alteraciones en el sistema inmunológico, y los niveles de insulina, tensión arterial (hipertensión), dolor de cabeza, fatiga crónica, dolores musculares, problemas óseos, trastornos del sueño, afecciones de las vías respiratorias, alergias, trastornos gástricos e intestinales etc.

2. En lo Emocional: Sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión. Trastornos de bipolaridad, apego u abandono de sí mismo.

3. En lo Social y Familiar: el cuidador, lejos de ser apreciado, estimulado y comprendido, es criticado y no recibe apoyo del grupo familiar, ruptura de relaciones conyugales, pérdida de empleo, crisis económica. Muchos cuidadores se aíslan de la red social, viven sólo y exclusivamente para el familiar al que cuidan, transformando la acción cuidador-mayor en una relación dependiente y en un sistema cerrado trayendo consigo los problemas de sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión.

Cuidar a una persona mayor conlleva esfuerzo, dedicación, renuncias personales, pero también satisfacciones. Aunque numerosos cuidadores valoran negativamente su situación, no todos lo hacen, sino que gran parte de ellos, como se ha comentado anteriormente, perciben elementos positivos asociados al cuidado de su ser querido.

De acuerdo a todo lo antes expuesto se concluye que son las variables relacionadas con el cuidador las que mejor explican la salud de éste. Así, una menor autoestima, la utilización de la evitación como estrategia de afrontamiento, una mayor sobrecarga subjetiva, una menor percepción de los aspectos positivos del cuidado y un menor apoyo social, se asocian con mayores problemas de salud en el cuidador.

Zambrano, A (2003) en su Tesis Doctoral **El Cuidar de Sí como Valor en Enfermería**, refiere al cuidado que debe proveerse a sí mismo el personal de enfermería por ello considera que:

el cuidar de sí es parte de la inmanencia y trascendencia de la persona enfermera, por lo tanto requiere valorar que dispone de un cuerpo, cuya unicidad le exige cuidarlo. Cuidar de sí es una responsabilidad personal por ser una construcción humana e individual. La persona enfermera para cuidar de sí ha de fundamentarse en su propia escala de valores entre los cuales cabe mencionar: conocimiento de sí misma, autoestima, responsabilidad, sensibilidad, madurez personal y respeto a su propia dignidad. (p.165)

Tomando como base los autores anteriormente citados, se considera preponderante fomentar el cuidar de sí de los cuidadores informales y sus familiares, quienes en su mayoría no poseen conocimiento sobre el nivel de prevalencia de padecer los efectos secundarios perjudiciales para la salud, adquiridos estos durante la acción del cuidar a otro.

Las ideas expresadas anteriormente llevan a reflexionar que para cuidar, el cuidador requiere como eje valorativo adentrarse en su realidad, buscar un motivo para luchar y una meta a alcanzar. Esto le exige conocerse a sí mismo, pues toda persona tiene necesidad de saber quién es y qué sentido tiene su vivir. De acuerdo a la cada personalidad durante el proceso de construcción y maduración surgen nuevas facetas sujetas modificaciones que supone un desarrollo psicológico evolutivo ayudado por el cuidar de sí.

Marco Conceptual

Las referencias conceptuales incluyen los principales cambios presentes en el adulto mayor y el cuidado que este requiere, Cuidados al cuidador informal, bases legales.

El cuidador Informal: Este debe asumir tareas extra, lo que le ocasiona sobrecarga y estrés, además de la preocupación de cuidar y asumir decisiones de la persona cuidada, quien es dependiente en múltiples aspectos de su vida diaria.

Síndrome de agotamiento o sobrecarga. Según Gómez Vela (2011) El acto de cuidar, genera una serie de reacciones, bienestar y malestares en los cuidadores familiares informales, lo que se puede denominar como sobrecarga objetiva, que tiene que ver con la dedicación al desempeño del rol cuidador y sobrecarga subjetiva, relacionada con la forma como se percibe la situación y la respuesta emocional de la cuidadora ante la experiencia de cuidar.

Esta sobrecarga, síndrome del cuidador o de agotamiento, está influenciada por factores como: a) La importancia que revisten la vida y el sufrimiento del enfermo para el cuidador; b) la incertidumbre que rodea el proceso de la enfermedad; c) la sensación de inminencia de una confrontación anticipada con momentos críticos de la misma – tales como un diagnóstico desfavorable, o resultado dudoso de un análisis – ya que dicha inminencia incrementa la percepción de amenaza; y d) la duración de la situación de la enfermedad, ya que los efectos del estrés son acumulativos.

Calidad de vida: como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. Gómez Vela (2011)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Naturaleza del estudio

La presente investigación, de acuerdo a la naturaleza del objeto de estudio se desarrolló bajo la luz del paradigma cuantitativo. En el mismo, se recogieron y analizaron datos cuantitativos sobre una o varias variables, para inferir resultados aplicados a toda la población de la cual procede la muestra seleccionada.

Para Hernández y otros (2008) La Investigación Cuantitativa. “Es la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico” (p.5)

Tipo de investigación

La presente es una investigación de proyecto factible definida por Arias (2006) como la metodología que consiste en la elaboración de una propuesta de un modelo operativo a un problema de tipo práctico para satisfacer necesidades de un grupo social (p. 134), en este caso de los cuidadores informales del adulto mayor dependiente, con el apoyo de un programa de Orientación para el abordaje de la sobrecarga que afecta a los cuidadores informales de adultos mayores dependientes; para tal fin se requiere determinar los elementos que inciden en el bienestar biopsicosocial de estas personas, con la finalidad de seleccionar las estrategias adecuadas para cada situación.

Asimismo es imperativo conocer la factibilidad de aplicación y desarrollo del programa, así como sus limitaciones para un adecuado diseño del proyecto. De tal manera que este trabajo se organizó en tres fases:

Fase I: Estudio de la incidencia de sobrecarga del cuidador.

Fase II: Estudio de Factibilidad de una propuesta.

Fase III: Diseño del Proyecto

En la Fase I. Estudio de la incidencia de sobrecarga del cuidador.

Para alcanzar un diagnóstico acerca de la sobrecarga a la que están sometidos los cuidadores a estudiar, se hizo necesaria la delimitación de los procedimientos tales como la cuantificación de variables de manera sistemática y descriptiva, que condujeran a la detección de necesidades hacia las cuales dirigir estrategias para prevenir o minimizar el síndrome de sobrecarga del cuidador informal del adulto mayor dependiente.

Para tal fin seleccionó un diseño de investigación cuantitativa inmersa en el paradigma positivista de tipo no experimental, descrita por Hernández (2001) como aquella que se realiza sin manipular las variables. Donde se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Se observan las condiciones ya existentes en la cotidianidad donde se desenvuelven los cuidadores informales sin ser manipuladas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables y no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

Dentro del contexto de investigación no experimental se seleccionó el tipo de investigación transeccional o transversal recomendado por Hernández (2001),

cuyo propósito es describir variables, y analizar su incidencia en un momento dado, de tal manera que permite recolectar los datos de las incidencias de sobrecarga que afectan al cuidador informal para su posterior análisis.

Entre los tipos de diseño transeccional o transversal se seleccionó la investigación de nivel descriptivo, la cual permite indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir una o más variables y proporcionar su descripción. Donde se trata a cada variable individualmente, pero que en conjunto se logra determinar no solo la frecuencia en que se presentan las variables de incidencia en la sobrecarga sino que permite una gradación de las mismas.

Como estrategia general para la recolección de los datos, se seleccionó el diseño de campo que consiste en la recolección de los datos directamente de los sujetos investigados, denominados datos primarios, Arias (2.006) muy útil en las investigaciones de nivel descriptivo. En el caso de esta investigación estuvo dirigido al grupo de cuidadores informales de adultos mayores en estudio.

En cuanto a las variables de estudio, estuvieron contenidas en el Test de Zarit, que se describe en detalle más adelante. Motivo por el cual no se realizó el proceso de operacionalización de variables por parte de las investigadoras.

Fase II: Análisis de Factibilidad

En esta Fase, el tipo de investigación se desarrolló bajo la modalidad de proyecto factible, con la finalidad de satisfacer las necesidades de un grupo social, en este caso, de los cuidadores informales del adulto mayor dependiente.

En esta fase se realizó un análisis de los beneficiarios de la propuesta delimitados en la Consulta de Psicogeriatría de la FCS/UC y se determinó la disponibilidad de recursos Humanos, de infraestructura, equipamiento y de la capacidad organizacional adecuados que permitieron reforzar la factibilidad del estudio.

Desarrollo del Estudio de Factibilidad

Recursos Humanos

En relación a los recursos humanos requeridos para la ejecución y evaluación del programa se cuenta con el compromiso de las investigadoras quienes están en proceso de culminación de la Licenciatura en Educación mención Orientación y del equipo multidisciplinario de la Unidad de Psicogeriatría para el desarrollo de las actividades propuestas.

Recursos Materiales

En lo que respecta a los recursos materiales, se cuenta con el apoyo de recursos audiovisuales de la Unidad de Psicogeriatría, así como de la reproducción de copiado de los materiales necesarios para la ejecución de esta propuesta.

Recursos Financieros

La unidad de psicogeriatría cuenta con los recursos financieros necesarios para cubrir gastos de la propuesta, cubriendo los costos de refrigerios y detalles

para llevar de forma amena y desarrollar la logística de la aplicación de la propuesta.

Finalmente, quedo demostrada la factibilidad de la ejecución de la propuesta.

Fase III. Diseño de la propuesta.

En el diseño se reunieron una serie de técnicas dirigidas a la identificación de la percepción subjetiva como problema que enfrentan los cuidadores informales del adulto mayor dependiente, así como la planificación, el desarrollo e instrumentación del estudio conducente a la evaluación del fenómeno de sobrecarga que padecen estos cuidadores y la propuesta de programas de actividades concretas, que en este caso irían dirigidas a promover o minimizar esos efectos, todo esto siguiendo los lineamientos que forman parte de un programa de acción y el plan operativo de la propuesta.

El diseño de la propuesta comprende el procedimiento metodológico, el cual consta de una introducción, justificación, descripción del programa, visión, misión, objetivos del programa, el contenido, las estrategias, las acciones, actividades e indicadores de logros, los recursos necesarios, los responsables, la duración y los beneficiarios, entre otros.

Es importante acotar, que dicho diseño esta en relación con la estructura y fines de un programa de orientación, expuesto detalladamente en el capítulo V de esta investigación.

Población y Muestra

El universo afectado por esta investigación estuvo constituido por los cuidadores informales de adultos mayores dependientes que son atendidos en la Consulta de Psicogeriatría del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

Por tratarse de un estudio de campo con un enfoque donde los conceptos de población y muestra no son aplicables, los criterios para el muestreo seleccionado fue el intencional, descrito por Arias (2006), como aquel donde los elementos muestrales son escogidos con base en criterios preestablecidos por el investigador, de tal manera que se trata de una muestra no probabilística que según Hernández (2001), pueden también llamarse muestras dirigidas, Las muestras dirigidas pueden ser de varias clases en este caso se trató de una Muestra de sujetos voluntarios que aceptaron la invitación a participar en el proyecto. Este grupo consistió en 21 cuidadores informales.

Instrumentos de recolección de Datos

Como instrumento de recolección de datos se seleccionó la “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit”, la cual es la más utilizada a nivel internacional, habiendo sido validada en diversos idiomas incluyendo el español puesto que permite cuantificar los grados de sobrecarga a la cual están sometidos los cuidadores informales de adultos mayores dependientes del grupo de estudio. El instrumento se adjunta en el anexo “A”

Esta escala está diseñada a manera de cuestionario escrito de tipo auto-administrado y consta de 22 preguntas con 5 opciones de respuesta tipo Escala de

Likert, las cuales son valoradas entre 1-5 puntos. Los puntajes totales tienen un rango entre 22-110 puntos, los cuales califican al estado de sobrecarga del cuidador en: Ausencia de Sobrecarga (Menor o igual a 46); Sobrecarga ligera (47-55) o sobrecarga intensa (Mayor o igual a 56). Es importante acotar que la interpretación de sobrecarga ligera es considerada un factor de riesgo para la generación de sobrecarga intensa. Esta última se asocia a una mayor afectación biopsicosocial del cuidador.

Validez y Confiabilidad del Instrumento

La Escala de sobrecarga de Zarit es un instrumento que posee una gran confiabilidad con un coeficiente de correlación intraclase (CC) de 0,71 en su estudio original Según Zarit 1980 citado en Breinbauer (2009) y 0,71-0,85 en validaciones internacionales con una consistencia interna de alfa Cronbach de 0,91 en su estado original y 0,85-0,93 internacionalmente.(p.660)

Aplicación del Instrumento

El instrumento fue aplicado a través de entrevistas individuales lo que permitió una conversación cara a cara acerca de los diversos ítems del instrumento, durante la entrevista se pudieron detectar cambios en el lenguaje corporal, así como en el tono de voz, y la desaceleración del ritmo del lenguaje verbal. Esto permitió también aclarar la intencionalidad de cada pregunta para su adecuada interpretación a la hora de responder, observando el impacto que generaban las preguntas textuales, y los cambios que se producían al dialogar y aclarar los ítems expuestos en el test

Técnica de análisis de datos

Las técnicas y análisis de datos, consiste en el registro de la información obtenida con el instrumento aplicado mediante una técnica analítica que permite llegar a un diagnóstico relacionado con el problema planteado. Los datos serán organizados en tablas y gráficos para su presentación y análisis a través de técnicas estadísticas que permitan mostrar las tendencias relacionadas con la afectación de la población estudiada y con base en estos resultados se diseña la propuesta o programa para prevenir o minimizar la sobrecarga de los cuidadores afectados.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Presentación

El presente capítulo, hace referencia a la presentación y análisis de los resultados obtenidos de la aplicación del Test de Zarit a los cuidadores informales de adultos mayores que acuden a la consulta de Psicogeriatría del Departamento de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

Estos datos constituyeron una importante fuente de información sobre la afectación del síndrome de sobrecarga del cuidador informal y los cambios bio-psico-sociales inciden sobre estas personas. Estos resultados sirvieron de base para sustentar una propuesta de orientación socio educativa para atender las necesidades detectadas.

Análisis de Resultados

Para los efectos del análisis de los resultados, se aplicó la estadística descriptiva, tomando en consideración las frecuencias absolutas y porcentuales en función de las alternativas de respuestas, además de variables, dimensión e indicadores previamente formulados en el instrumento. Asimismo, la interpretación de la información se realizó con una clasificación de los resultados según los datos de mayor relevancia a través de las categorías bajas y altas en cada uno de los ítems.

**TABLA N° 1
FRECUENCIA DE GRUPOS ETARIOS DE LOS CUIDADORES**

	F	%
45 – 54	4	19,04
55 - 64	12	57,14
65 – 74	2	9,5
75 - 85	3	14,2
TOTAL	21	100

En cuanto a los grupos etarios se evidencia que el mayor porcentaje de cuidadores correspondió al grupo etario entre 55 y 64 años, seguido del grupo etario entre 45 y 54 años, resaltándose que el grupo etario de 75 a 85 años estuvo representado por 3 cuidadores que a su vez son adultos mayores

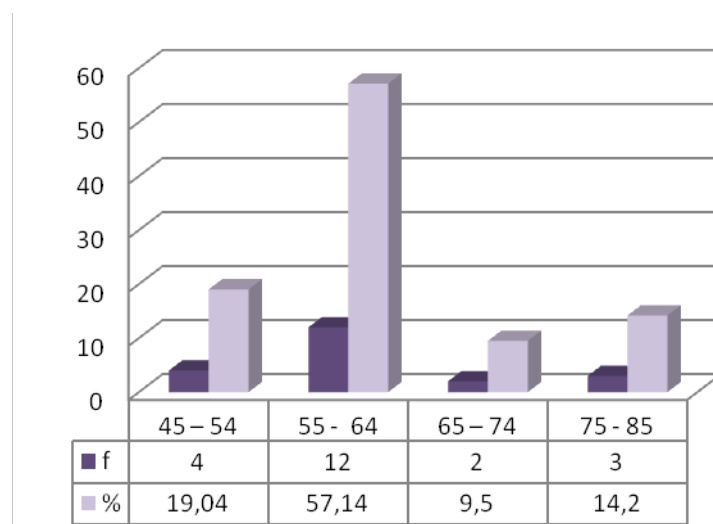


Gráfico N° 1 FRECUENCIA DE CUIDADORES POR GRUPO ETARIO.

El género que predominó entre los cuidadores estudiados fue el sexo femenino en su totalidad

Otra variable que se consideró fue la de cuidador único o cuidador con apoyo, de los 21 cuidadores solo 9 (42,85%) contaban con el apoyo de familiares o profesionales de enfermería, mientras que el 12 (57,14%) de ellos eran cuidadores únicos.

El parentesco que ligaba a los 21 cuidadores con los adultos mayores, 7 eran esposas y 14 eran Hijos.

A continuación se presentan los resultados de la aplicación del Test de Zarit.

TABLA N°2
FRECUENCIA DE LAS RESPUESTAS DE LOS CUIDADORES AL TEST DE ZARIT

N°	Ítems	N	R.V.	A. V	B.V.	C. S.
		1	2	3	4	5
		PTO.	PTOS.	PTOS	PTOS	PTOS
		f	f	f	f	f
1	¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?		2	18	1	
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	1	5	8	3	4
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	1	6		4	10
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	1	6	4	2	8
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?		4	4	9	4
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?	3	5	6	8	
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familia?	2		3	4	12
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?	2		2	4	13

9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	1	4	3	4	9
10	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?		7	2	10	2
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?	2	2	7	2	8
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?		2	2	4	13
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	2	1	4	1	13
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	1	5	1	10	4
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?				1	20
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		4	13	3	1
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	2	5	1	4	11
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	2	3	1	5	10
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	2	4	9	6	
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			16	2	
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?			19	2	
22	Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	2		5		14

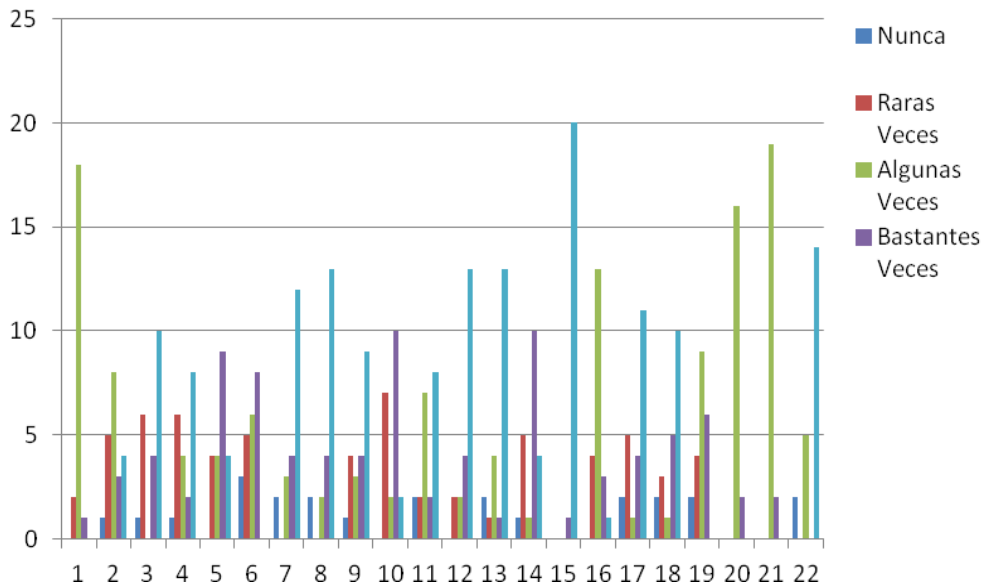


GRÁFICO N° 2 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FRECUENCIA DE LAS RESPUESTAS DE LOS CUIDADORES AL TEST DE ZARIT

En el Gráfico N°2 se evidencia que las respuestas de “casi siempre” predomina en aproximadamente (50 por ciento) de los entrevistados.

En la Tabla N° 3 se presentan los ítems involucrados en esas respuestas y se han resaltado, apreciándose que corresponden en su mayoría a la esfera “socio emocional”.

TABLA N° 3 ÍTEMS MÁS DESTACADOS DENTRO DE LAS RESPUESTAS DE “CASI SIEMPRE”

N°	Ítems
1	¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?

6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familia?
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?
10	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?
22	Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?

Tabulando los resultados se determinaron 3 grupos de cuidadores con niveles de sobrecargas: ausente, leve o Intensa. A continuación se presentan los resultados de las respuestas del Test de Zarit de cada grupo individualizados.

TABLA N° 4

FRECUENCIA DE LOS ÍTEMS QUE RESPONDIERON LOS CUIDADORES AL TEST DE ZARIT QUE RESULTARON CON UN NIVEL DE “AUSENCIA DE SOBRECARGA”

N°	Ítems	N	RV	A.V	B.V	C.S.
		1	2	3	4	5
		f	f	f	f	f
1	¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?		1	1		
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	1	1			
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	1	1			
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?		2			
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar	2				
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?	2				
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familia? -			2		
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?		2			
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	2				
10	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?		2			
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?	2				
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar	2				

	de su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	1	1			
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					2
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?				1	1
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		1	1		
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	2				
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	2				
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	2				
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			2		
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?			2		
22	Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	2				

TABLA N° 5
FRECUENCIA DE LOS ÍTEMS QUE RESPONDIERON LOS CUIDADORES AL TEST DE ZARIT QUE RESULTARON CON UN NIVEL “LEVE DE SOBRECARGA”

N°	Ítems	N	R.V.	A. V	B.V.	C. S.
		1	2	3	4	5
		PTO.	PTOS.	PTOS	PTOS	PTOS
		f	f	f	f	f
1	¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?		1	3	1	
	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		1	3	1	
3	¿Se siente agobiado por intentar		5			

	compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?		5			
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?		2	2	1	
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?		2	2	1	
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familia?			3	2	
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?			2	3	
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	1	4			
10	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?		5			
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?		2	3		
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?			2	3	
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?		1	4		
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?		4	1		
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?				1	4
16	¿Piensa que no será capaz de		4	1		

	cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?		5			
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?		3	1	1	
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?		4	1		
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			3	2	
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?			5		
22	Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?			5		

TABLA N°6

FRECUENCIA DE LOS ÍTEMS QUE RESPONDIERON LOS CUIDADORES AL TEST DE ZARIT QUE RESULTARON CON UN NIVEL “INTENSO DE SOBRECARGA”

N°	Ítems	N	R.V.	A. V	B.V.	C. S.
		1 PTO.	2 PTOS.	3 PTOS	4 PTOS	5 PTOS
		f	f	f	f	f
1	¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?			14		
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		4	4	2	4
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?				4	10

4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?			4	2	8
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?			2	8	4
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?	1	3	4	7	
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familia?				2	12
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?				1	13
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?			1	4	9
10	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?			2	10	2
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?			4	2	8
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?				1	13
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?				1	13
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?				10	4
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					14
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?			12	2	
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la				3	11

	enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?				4	10
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?			8	6	
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			11	3	
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?			12	2	
22	Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					14

TABLA N° 7
INTENSIDAD DE LASOBRECARGA SEGÚN GRUPOS ETARIOS

Grupo etario	Ausente	Leve	Intenso
45-54		1	2
55-64		1	12
65-74		2	
75-84	2	1	
Total	2	5	14

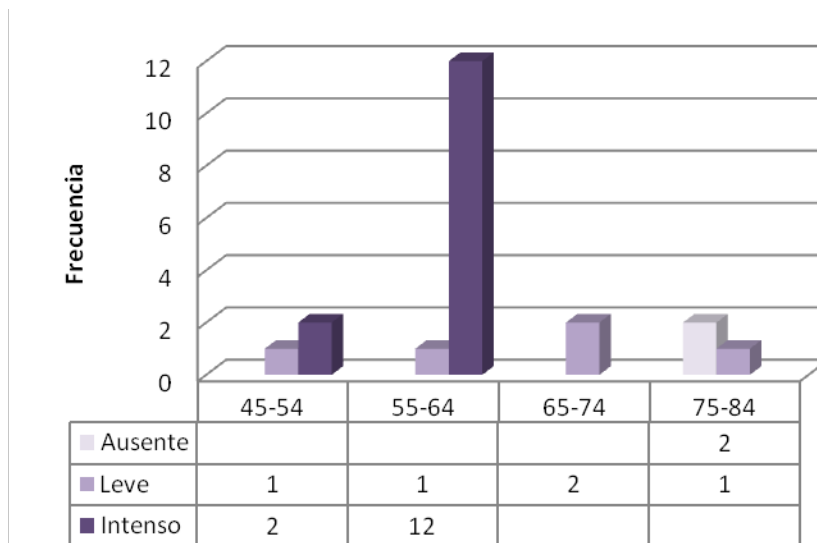


GRAFICO 3 INTENSIDAD DE SOBRECARGA SEGÚN LOS GRUPOS ETARIOS

En el Gráfico N° 3 se aprecia como la intensidad de la sobrecarga afecta con mayor frecuencia al grupo etario de 45 a 64 años, mientras que el grupo entre 75-84 fue el menos afectado.

**TABLA N° 8
INTENSIDAD DE LA SOBRECARGA SEGÚN EL PARENTESCO DEL CUIDADOR**

Nivel de sobrecarga	Hijas	Esposas
Ausente		2
Leve		5
Intensa	14	

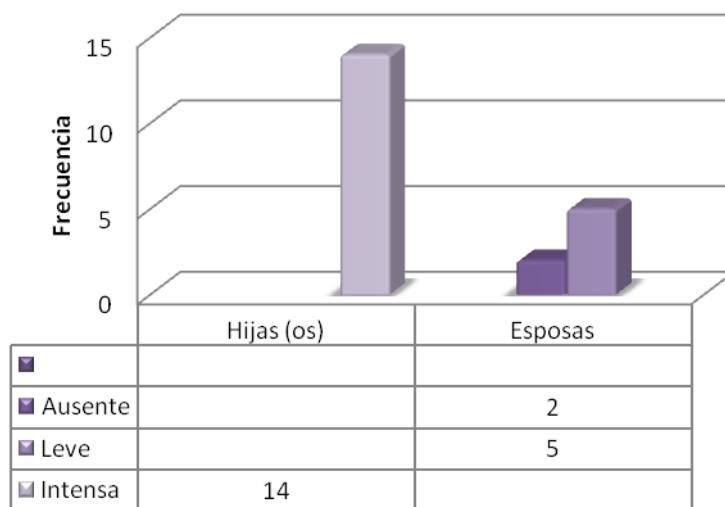


GRAFICO 4. INTENSIDAD DE LA SOBRECARGA SEGÚN EL PARENTESCO DEL CUIDADOR

En el Gráfico N° 4 se evidencia que quienes padecen de un nivel intenso de sobrecarga son las hijas, mientras que las esposas manifiestan niveles de sobrecarga leves e incluso en 2 entrevistadas resultó ausente.

Discusión de los Resultados

Los datos recogidos en la presente investigación sirvieron de base para la selección del proyecto de Orientación socio-educativo para el “Fortalecimiento y Desarrollo del Bienestar Integral del Cuidador Informal del Adulto Mayor Dependiente.”

En cuanto a las características del grupo de cuidadores a abordar, se encontró que en su totalidad pertenecían al género femenino. En este aspecto, si bien no se pretende utilizar esta muestra como estadísticamente significativa, queda claro que coincide con la apreciación de otras investigaciones a nivel

mundial como es el caso de (Quero 2004) en cuyo perfil del cuidador informal encontraba que el (92 por ciento) eran mujeres.

Asimismo una encuesta (CIS 2000) española reporta que en ese país la mayoría de cuidadores informales son mujeres (83 por ciento) que prestan ayuda informal a personas mayores más del (85 por ciento) en otros trabajos publicados lo que por sí sólo justifica una denominación del colectivo en femenino “cuidadoras”.

Igualmente (Vaquiro 2010) reporta esa misma tendencia en su investigación del “cuidado informal un reto asumido por la mujer”. Así mismo (Valenzuela 2001) considera que la mujer es en esencia una cuidadora por excelencia, ya que es capaz de aportar un invisible, importante y subvalorado rol, como cuidadora informal para su familia y para la sociedad, es ella quien toma decisiones relacionadas con el cuidado y asume además multiplicidad de roles

Al planificar un programa de orientación dirigido al cuidado del cuidador es importante tomar en cuenta las aseveraciones de investigadores como (García Calvente 2004) de que la mujer asume el cuidado como un compromiso moral, natural, marcado por el afecto, con un alto costo social, definido por la responsabilidad, como tarea impuesta y no valorada.

Esto se evidencia en las respuestas obtenidas en esta investigación aplicando el Test de Zarit. Donde al ítem 8 correspondiente a “piensa que su familiar depende de ella”, las respuestas de “casi siempre” correspondieron al máximo valor de 5 puntos, por encima del (50 por ciento). Igual puntuación recibieron los ítems: 12 en el que siente que su vida social se ha visto afectada

negativamente, el 17 donde manifiesta la pérdida del control de su vida y el grado de sobrecarga que representa el cuidado de su familiar, todos ellos superaron el (50 por ciento) de las respuestas de máxima puntuación (5 puntos) de “casi siempre”

En cuanto a la edad de las cuidadoras informales estudiadas en esta investigación se encontró que (57 por ciento) formaban parte del grupo etario entre 55 y 64 años. En este grupo etario se detectó la mayor intensidad de sobrecarga en el (66 por ciento) de las cuidadoras estudiadas. Estas edades son coincidentes con la investigación de Stefani 2013, de Los Valores y el Significado de la Existencia. Un Estudio Observacional en Cuidadores Familiares, donde se citan otros autores como (Mier et al., 2007; Roberto & Jarrott, 2008) quienes manejan grupos etarios similares. Por otra parte la autora Carbelo 2012, en su investigación sobre El cuidado desde una perspectiva psicosocial, encontró igualmente, en su muestra de cuidadores, una media de edad de 56,32 años.

Se trata de un grupo etario que ha sido denominado “la generación sándwich” o la “generación del medio”: Constituido por un grupo de mujeres de entre 40 y 65 años, que enfrentan múltiples responsabilidades relacionadas con la generación que les antecede y las que les suceden, teniendo que afrontar además la adaptación a su propio proceso de envejecimiento y del de sus parejas. Aspecto importante al planificar una intervención a través de un proyecto de orientación.

En relación con la condición de cuidadora única la mayoría representó (57 por ciento) y fue el grupo que manifestó más afectaciones en el test de Zarit desde el punto de vista socioemocional, descrito también por investigadores como (Torres 2.008) quien destaca que el cuidado informal único tiene “un trabajo físico, emocional en un escenario de inequidad de género, en el cual se ejercen múltiples

roles simultáneos: de madre, esposa, trabajadora y el desarrollo de roles propios del cuidado que se vuelve un factor de riesgo para su salud. Además tiene un alto costo en cuanto a pérdida de oportunidades en la actividad laboral.

En el mencionado estudio (68 por ciento) de las cuidadoras percibe que cuidar afecta de manera importante la salud, su vida social y personal. Se quejan del cansancio del cuidado en un (51,2 por ciento) de los casos, el (32,1 por ciento) se siente deprimida y en cuanto a su vida afectiva el 64,1% declara que se han visto obligadas a disminuir su tiempo de ocio.

En cuanto al parentesco que liga a la cuidadora informal con el familiar cuidado en esta investigación se encontró que (66 por ciento) eran hijas y (32 por ciento) eran esposas. La esposas ubicadas en los grupos etarios más avanzados (75-84 años) manifestaron ausencia de sobrecarga en la escala de Zarit, mientras que el grupo de las hijas cuidadoras todas presentaron sobrecarga intensa correspondiendo a los grupos etarios más bajos de los 45 a los 65 años.

Según encuestas internacionales como la (CIS 2001) en España el perfil de los cuidadores es generalmente una mujer de 52 años (70 por ciento) que es ama de casa (50 por ciento) que suele ser hija de la persona cuidada (52 por ciento).

El aspecto económico resultó ser el de mayor puntuación, habiendo obtenido 5 puntos en todas las respuestas al ítem 15 “Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos”

La autora (Quero 2004) asevera que el ser cuidador además de una carga más de trabajo en su vida diaria, le genera por un lado un aumento de los gastos económicos y por otro lado, un desgaste físico. Principalmente se trata de gastos directos como son comida (85%) y en menor medida otros, como farmacia (2%) y ropa (2%).

Ante todos estos datos que ponen en evidencia como el cuidado se traduce en un descuido del cuidador, cabe la reflexión acerca de las aseveraciones que sostenían los teóricos referentes en esta investigación como: Abraham Maslow quien ve a la persona con una condición innata esencialmente buena y que tiende a su auto-realización, pero para ello tiene que satisfacer necesidades fisiológicas y de seguridad para ascender a satisfacer las necesidades de amor y la autoestima para alcanzar la auto-realización. En este orden de ideas se aprecia como la escala de Zarit pone de manifiesto los obstáculos para satisfacer las necesidades básicas de las cuidadoras, para ascender a planos superiores, estos aspectos o necesidades se deben abordar en la planificación un programa de orientación con la finalidad de aportar herramientas que permitan a la cuidadora superar esos obstáculos sin que vayan en detrimento del cumplimiento de su responsabilidad. Tomando en cuenta sus generalidades sin descuidar sus particularidades, intereses, entorno, etc. para evitar el bloqueo del crecimiento personal.

Otro teórico referencial en esta investigación fue Erik Erickson representa un exponente de las teorías freudianas, centradas en el yo, siendo esta la herramienta de la persona para seleccionar y organizar la información del mundo exterior y sus percepciones utilizándolas para su adaptación dándole mayor importancia a los aspectos psicosociales del individuo.

CAPITULO V

(LA PROPUESTA)

Programa de Orientación para el Fortalecimiento y Desarrollo del Bienestar Integral del Cuidador Informal del Adulto Mayor Dependiente.

Introducción.

Vivir a plenitud y convivir en una sociedad sumergida en la carrera del tiempo, resulta una ardua tarea que a diario los seres humanos batallan en la búsqueda de lograr satisfacer sus necesidades; que se presentan como obstáculos a superar y es precisamente allí cuando surgen todo un conjunto de factores externos tales como los económicos, la estabilidad social, las relaciones interpersonales, así como factores internos, tales como el duelo, el miedo, la ansiedad, las expectativas y las frustraciones, que hacen que la consolidación de esa plenitud se haga cada vez más cuesta arriba.

Sin embargo, en su capacidad única los individuos son capaces de alcanzar límites de adaptación sorprendentes ante toda esa carga en la cotidianidad de sus días, siendo capaces de identificarlas mas no de corregirlas, este desequilibrio provocado por la inseguridad desarrolla una carga de estrés, que en algunos casos es positiva sirviendo de impulso para reaccionar ante situaciones adversas que lo afectan, pero la exposición prolongada, puede generar un franco deterioro en la salud integral de las personas, provocando no solamente cambios de estados anímicos, sino de modificación de conductas e inclusive desgaste físico, siendo el cuerpo el canal por el cual se somatizan los prolongados estados de estrés.

Según Nelson Torres (2004) Pag.11, de su libro titulado “El del Conflicto soy Yo”, ejemplifica como sin darse cuenta el hombre de generación en generación ha transmitido equivocados estilos de vida. Que su naturaleza lo impulsa a vivir en conflicto, donde los individuos coexisten en ambientes cargados de energías inadecuadas y se perpetúan en la búsqueda de nuevos conflictos. De allí que nos define como un conflicto ambulante.

El cuidador informal se mantiene sumergido en un ambiente de permanente conflicto, entre sus deseos de evolución y superación en la pirámide de necesidades y las situaciones que frenan esa evolución por tener obligaciones de atención de sus seres queridos dependientes. Este ambiente de conflictividad genera sobrecarga y sus repercusiones socioemocionales se evidencian en los resultados de la aplicación del Test de Zarit a la muestra objeto de esta investigación.

Justificación

En el Departamento de Salud Mental de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo se atienden adultos mayores en una Consulta de Psicogeriatría, a la cual acuden para su atención médica acompañados de sus cuidadores informales, generalmente familiares directos.

En la primera fase de esta investigación se diagnosticó la sobrecarga a la que se encontraban sometidos esos cuidadores informales de adultos mayores dependientes y se detectaron necesidades socioemocionales tales como carencia de tiempo para su descanso, para su auto cuidado, falta de apoyo en el cuidado del adulto dependiente y dificultades económicas.

Por consiguiente surgió la necesidad de diseñar un programa piloto de orientación que sirva de apoyo a los Cuidadores Informales, generando espacios de reflexión, donde los participantes identifiquen los niveles de sobrecarga bio-

psico-social a la que están sometidos muchos de sus días, sin plena conciencia de sus efectos y que aún conociéndolos carecen de herramientas para enfrentar su problemática y ampliar sus horizontes de convivencia, de modo que puedan alcanzar un equilibrio socioemocional satisfactorio. Es urgente y necesario que estos cuidadores adquieran conocimientos que le permitan modificar hábitos de vida inadecuados.

El satisfacer estas necesidades tienen un profundo sentido de responsabilidad que descansa en los profesionales de la Educación en Orientación siendo una obligación ética y moral ayudar a resolver este tipo de problemática social que está afectando cada vez más a la población del país con el crecimiento de adultos mayores dependientes y las políticas necesarias de asistencia a este tipo de población. En concordancia con las políticas de inclusión social contenidas en el Plan de la Patria en los apartes 2.3.4.3, 2.3.4.4 y 2.3.4.5.

Descripción del Programa

El Programa de Orientación para el Fortalecimiento y Desarrollo del Bienestar Integral del Cuidador Informal del Adulto Mayor Dependientes un programa de características socioeducativas, cuya finalidad consiste en aplicar estrategias didácticas dirigidas a aportarle herramientas al cuidador para alcanzar soluciones que le permitan minimizar los niveles de sobrecarga y desgaste biopsicosocial que padecen.

Para el logro de los objetivos propuestos en el presente programa se diseñaron una serie de actividades dirigidas a la sensibilización e importancia del bienestar integral que garantice una adecuada calidad de vida. Cabe destacar que dentro del programa se incorporaron actividades recreativas y educativas.

Es importante destacar, que el programa posee coherencia interna relacionada con los hallazgos detectados en el Test de Zarit aplicado al grupo de cuidadores para cubrir las expectativas de solución de las necesidades o problemas que se desean minimizar, garantizando objetivos viables con los recursos necesarios, y un cronograma de actividades que facilitará el logro y cumplimiento de los objetivos

Visión

Convertirse en un programa piloto de orientación con impacto socioeducativo, que aborde de manera integral los problemas de la sobrecarga del cuidador informal favoreciendo su bienestar socioemocional

Misión

Propiciar la participación activa de los Cuidadores Informales y demás miembros responsables del cuidado de un adulto mayor dependiente, en el proceso educativo basado en la cultura interactiva para alcanzar su bienestar integral, mediante el desarrollo de acciones recreativas y dinámicas grupales, que incrementen y fortalezcan lazos de apoyo y colaboración entre el adulto mayor y los miembros de la familia.

Valores del Programa

Los valores que sustentan el presente Programa de Orientación están guiados a la práctica de la responsabilidad, la tolerancia, el respeto, la solidaridad, la comunicación, la cooperación, la honestidad, el amor y la igualdad.

Cobertura Poblacional

El programa se diseñó para ser implementado en la Unidad de Psicogeriatría de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo en la Ciudad de Valencia Municipio Naguanagua, la cual fue seleccionada debido a que en la misma se presta atención a pacientes adultos mayores dependientes y existe una población de Cuidadores Informales quienes no cuentan con un programa de orientación que le permita adquirir herramientas que minimicen los niveles de sobrecarga biopsicosocial y le permitan alcanzar un nivel de bienestar integral.

Contexto Institucional

El programa representa un aporte directo a la Unidad de Psicogeriatría de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, y muy especialmente a la consulta de Psicogeriatría a cargo del Dr. Salvador Buccella. Se diseñó el Programa de Orientación basado en actividades y estrategias para propiciar la cultura de la participación e integración de los Cuidadores Informales por las investigadoras Betzi Rodríguez y Francys Mármol.

Bases Legales

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2009)

Ley Orgánica de Educación (2009).

Plan de la Patria 2.013 – 2.019

Objetivo del Programa

General.

Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente atendidos en la Unidad de Psicogeriatría de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo del Municipio Naguanagua. Edo Carabobo; para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida.

Específico

- Evaluar los Estilos de Vida de los Cuidadores Informales y su impacto en su Salud Integral
- Promover la adquisición de habilidades que permitan el manejo efectivo de la sobrecarga socioemocional.
- Fomentar el desarrollo de adecuados hábitos de vida a través de técnicas bioenergéticas que permitan desarrollar los Hábitos Saludables.
- Promover el fortalecimiento de un adecuado lenguaje físico y verbal del Cuidador Informal que garantice una comunicación asertiva que favorezca su calidad de Vida.

Sinopsis del Programa

- Estilo de Vida

- Manejo del Conflicto
- Promoción de la Salud
- Hábitos Saludables
- El Estrés.
- Bioenergética.
- Técnicas de Control de Activación Emocional.
- Comunicación Asertiva

Metodología del Programa

Se constituyó en equipo a partir de la relación participación-reflexión. Se seleccionó el taller como modalidad de encuentros participativos, actividades vivenciales, combinados con charlas y terapias de grupo interactivas. En el presente programa la metodología se expresa mediante el diseño del plan operativo.

Recursos del Programa

Los recursos humanos, materiales y financieros requeridos para la ejecución del programa propuesto fueron especificados en el estudio de factibilidad y viabilidad de la propuesta, también se expresan en el presupuesto del programa.

Duración del Programa

El programa tendrá, una duración de 4 meses, durante los cuales se desarrollaran 8 talleres de una hora de duración cada uno y 5 charlas.

Beneficiarios del Programa

Los beneficiarios directos del programa lo constituyen los 21 cuidadores informales de los adultos mayores dependientes que acuden a la Unidad de Psicogeriatría de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, y a quienes se les aplicó el Test de Zarit.

Cabe reflexionar que las repercusiones de estos beneficios se extienden de manera indirecta al bienestar del adulto mayor dependiente quien será atendido por una persona equilibrada socioemocionalmente con un estilo de vida saludable y con un manejo adecuado del estrés.

Evaluación del Programa

Al final de cada actividad y con asignaciones que deben realizar en el hogar, se evalúa mediante la aplicación de un cuestionario dirigido a los participantes y al culminar todo el programa, atendiendo al logro de los objetivos programados, al porcentaje de asistencia a las actividades y a los cambios actitudinales de los cuidadores informales participantes

DISEÑO DEL PLAN OPERATIVO

PROGRAMA DE ORIENTACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DEL BIENESTAR INTEGRAL DEL CUIDADOR INFORMAL DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE.

Objetivo General: Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente, atendidos en la Unidad de Psicogeriatría de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo del Municipio Naguanagua. Edo Carabobo; para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida

Objetivos Específicos	Contenido	Estrategias	Tiempo	Recursos	Evaluación
✓ Evaluar los Estilos de Vida de los Cuidadores Informales y su impacto en su Salud Integral	<ul style="list-style-type: none"> • Estilo de Vida <ul style="list-style-type: none"> • Conciencia situacional • Hábitos Saludables <ul style="list-style-type: none"> • Estado de animo • Manejo de conflictos • Promoción de la Salud y los principios Fundamentales según la OMS. 	3 talleres 1 charla	1 hora cada uno	Humanos: Facilitador. Participantes <hr/> Materiales: Salón amplio Sillas. Distintivos Reproductor de música Cd de Música (1) Globos. Pitos Cinta Adhesiva Serpentina. Papel de Seda. Caja de Cartón	Aplicación de Cuestionario

Objetivos Específicos	Contenido	Estrategias	Tiempo	Recursos	Evaluación
<p>✓ Promover la adquisición de habilidades que permitan el manejo efectivo de la sobrecarga socioemocional del Cuidador Informal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jerarquía de las Necesidades de Maslow • El Estrés. Selye Hans. <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de Estrés • Estados de Adaptación • Formas de afrontar el estrés <ul style="list-style-type: none"> • Control de respiración • Planificación 	<p>2 charla 2 talleres</p>	<p>1 hora cada uno</p>	<p>Humanos: Facilitador Participantes</p> <hr/> <p>Materiales: Salón amplio Sillas, mesas Test a aplicar Lápices Video beam Computadora Cornetas Láminas de Papel bond Marcadores Cinta adhesiva</p>	<p>Aplicación de Cuestionario</p>

Objetivos Específicos	Contenido	Estrategias	Tiempo	Recursos	Evaluación
✓ Fomentar el desarrollo de adecuados hábitos de vida a través de técnicas bioenergéticas que permitan desarrollar Hábitos Saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Bioenergética <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de Control de Activación Emocional. • Terapias Alternativas / Holísticas / Naturales <ul style="list-style-type: none"> • Consejos útiles a fomentar como hábitos generales de vida 	<p style="text-align: center;">2 talleres</p> <p style="text-align: center;">1 charla</p>	<p style="text-align: center;">1 hora cada uno</p>	<p>Humanos: Facilitador Participantes</p> <hr/> <p>Materiales: Salón amplio Sillas Reproductor de música cornetas Cd de Música (2) Ambientador Carpeta Material impreso</p>	<p style="text-align: center;">Aplicación de Cuestionario</p>

Objetivos Específicos	Contenido	Estrategia	Tiempo	Recursos	Evaluación
<p>✓ Promover el fortalecimiento de un adecuado lenguaje físico y verbal del Cuidador Informal que garantice una comunicación asertiva que favorezca su calidad de Vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La comunicación. • La comunicación asertiva. • Habilidades de la persona asertiva. 	<p>1 taller 1 terapia de grupo</p>	<p>1 hora cada uno</p>	<p>Humanos: Facilitador Participantes</p> <hr/> <p>Materiales Salón amplio Sillas. Distintivo</p>	<p>Aplicación de Cuestionario</p>

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad Realizada		Meses			
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4
1	Taller 1 Conciencia Situacional	X			
2	Taller 2 Hábitos Saludables	X			
3	Taller 3 Salud y Bienestar	X			
4	Charla 1 Cambiando para ser feliz	X			
5	Charla 2 ¿Tus necesidades son iguales a las mías?		X		
6	Taller 4 ¿Estresado Yo?		X		
7	Taller 5 Controlando el Estrés		X		
8	Charla 3 “El control”		X		
9	Taller 6 Activación Emocional			X	
10	Taller 7 Cambiando mis Hábitos			X	
11	Charla 4 “Musicoterapia, Bailando con mi ser”			X	
12	Taller 8 “Ey! Es contigo”				X
13	Charla 5 “Alcanzando el éxito”				X

DISEÑO DE LAS ESTRATEGIAS O EVENTOS DEL PROGRAMA

Diseño del Taller N° 1 Conciencia Situacional

Objetivo General: Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente, para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida

Objetivos Específicos	Contenido	Actividad del Facilitador	Actividad del Participante	Tiempo	Recursos	Evaluación
1 Evaluar los Estilos de Vida de los Cuidadores Informales y su impacto en su Salud Integral	<ul style="list-style-type: none"> • Estilo de Vida • Conciencia situacional 	Presentación personal			Humanos: Facilitador Participantes	Asistencia y participación en las dinámicas Intervención de los participantes Cuestionario
		1.1 Facilitar las pautas de la actividad a desarrollar	1.2. Integración participativa a la actividad	10 min	Materiales: Cámara Fotográfica Salón amplio Sillas. Distintivos Reproductor de música Cd de Música (1) Globos. Pitos Cinta Adhesiva Serpentina. Papel de Seda. Caja de Cartón	
		1.3 Ejecución de dinámica: “Carrera contra Reloj”. Ver Anexo 1	1.4. Ejecutar las instrucciones de la dinámica	35 min		
1.5. Cierre Cognitivo	Refrigerio (bebidas)	15 min				

Diseño del Taller N° 2 Hábitos Saludables

Objetivo General: Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente, para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida

Objetivos Específicos	Contenido	Actividad del Facilitador	Actividad del Participante	Tiempo	Recursos	Evaluación
1. Evaluar los Estilos de Vida de los Cuidadores Informales y su impacto en su Salud Integral	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos Saludables • Estado de animo • Manejo de conflictos 	Presentación personal		10 min	Humanos: Facilitador Participantes	Asistencia y participación en las dinámicas Intervención de los participantes Cuestionario
		2.1 Facilitar las pautas de la actividad a desarrollar	2.2. Integración participativa a la actividad	30 min	Materiales: Cámara Fotográfica. Salón amplio Sillas. Distintivos Laptop y Video Beam Material a reproducir en Cd	
		2.3 Ejecución de dinámica: “Ese no es mi Problema” Ver Anexo 2	2.4. Ejecutar las instrucciones de la dinámica			
		2.5. Cierre Cognitivo	Refrigerio (bebidas)	20 min		

Diseño del Taller N° 3 Salud y Bienestar

Objetivo General: Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente, para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida

Objetivos Específicos	Contenido	Actividad del Facilitador	Actividad del Participante	Tiempo	Recursos	Evaluación
1 Evaluar los Estilos de Vida de los Cuidadores Informales y su impacto en su Salud Integral	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la Salud y los principios Fundamentales según la OMS. 	Presentación personal		10 min	Humanos: Facilitador Participantes	Asistencia y participación en las dinámicas Intervención de los participantes Cuestionario
		3.1 Facilitar las pautas de la actividad a desarrollar	3.2. Integración participativa a la actividad	30 min	Materiales: Cámara Fotográfica Salón amplio Sillas. Distintivos Bolígrafos Material de Trabajo	
		3.3 Ejecución de dinámica: “Identificando mis Necesidades”. Ver Anexo 3	3.4. Ejecutar las instrucciones de la dinámica	20 min	Refrigerio (bebidas)	
		3.5. Cierre Cognitivo	.			

Diseño del Taller N° 4 ¿Estresado Yo?

Objetivo General: Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente, para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida

Objetivos Específicos	Contenido	Actividad del Facilitador	Actividad del Participante	Tiempo	Recursos	Evaluación
2.Promover la adquisición de habilidades que permitan el manejo efectivo del Estrés y mejoren la salud integral	<ul style="list-style-type: none"> • El Estrés. Selye Hans. • Tipos de Estrés • Estados de Adaptación 	Presentación personal				
		4.1 Facilitar las pautas de la actividad a desarrollar	4.2. Integración participativa a la actividad	20 min	Humanos: Facilitador Participantes Materiales: Cámara Fotográfica Salón amplio Sillas, mesas Test a aplicar Lápices Reproductor de Cd. Cd de ambientación	Asistencia y participación en las dinámicas
		4.3 Ejecución de dinámica. Ver Anexo 4	4.4. Ejecutar las instrucciones de la dinámica	20 min		Intervención de los participantes
		4.5. Cierre Cognitivo	Refrigerio (bebidas)	20 min		Cuestionario

Diseño del Taller N° 5 Controlando el Estrés

Objetivo General: Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente, para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida

Objetivos Específicos	Contenido	Actividad del Facilitador	Actividad del Participante	Tiempo	Recursos	Evaluación
2.Promover la adquisición de habilidades que permitan el manejo efectivo del Estrés y mejoren la salud integral	<ul style="list-style-type: none"> • Formas de afrontar el estrés • Control de respiración 	Presentación personal		20 min	Humanos: Facilitador Participantes	Asistencia y participación en las dinámicas
		5.1Facilitar las pautas de la actividad a desarrollar	5.2. Integración participativa a la actividad	30 min	Materiales: Cámara Fotográfica Salón amplio Sillas, mesas Test a aplicar Lápices Reproductor de Cd.	Intervención de los participantes
		5.3 Ejecución de dinámica. Ver Anexo 5	5.4.Ejecutar las instrucciones de la dinámica	10 min	Cd de ambientación	Cuestionario
		5.5. Cierre Cognitivo	Refrigerio (bebidas)			

Diseño del Taller N° 6 Activación Emocional

Objetivo General: Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente, para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida

Objetivos Específicos	Contenido	Actividad del Facilitador	Actividad del Participante	Tiempo	Recursos	Evaluación
3.Fomentar el desarrollo de adecuados hábitos de vida a través de técnicas bioenergéticas que permitan desarrollar Hábitos Saludables	<ul style="list-style-type: none"> • bioenergética • técnicas de Control de Activación Emocional 	Presentación personal			Humanos: Facilitador Participantes	Asistencia y participación en las dinámicas Intervención de los participantes Cuestionario
		6.1 Facilitar las pautas de la actividad a desarrollar	6.2. Integración participativa a la actividad	25 min	Materiales: Cámara Fotográfica Salón amplio Sillas Reproductor de música cornetas Cd de Música (2)	
		6.3 Ejecución de dinámica: “Energía Sanadora”. Ver Anexo 6	6.4. Ejecutar las instrucciones de la dinámica	15 min		
6.5. Cierre Cognitivo	Refrigerio (bebidas)		20 min	Ambientador Carpeta Material impreso		

Diseño del Taller N° 7 Cambiando mis Hábitos

Objetivo General: Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente, para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida

Objetivos Específicos	Contenido	Actividad del Facilitador	Actividad del Participante	Tiempo	Recursos	Evaluación
3.Fomentar el desarrollo de adecuados hábitos de vida a través de técnicas bioenergéticas que permitan desarrollar Hábitos Saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Terapias Alternativas / Holísticas / Naturales • Consejos útiles a fomentar como hábitos generales de vida 	Presentación personal			Humanos: Facilitador Participantes	Asistencia y participación en las dinámicas Intervención de los participantes Cuestionario
		17.1 Facilitar las pautas de la actividad a desarrollar	7.2. Integración participativa a la actividad	15 min	Materiales: Cámara Fotográfica Salón amplio Sillas Reproductor de música cornetas Cd de Música (2) Ambientador	
		7.3 Ejecución de dinámica: “Energía Sanadora”. Ver Anexo 6	7.4. Ejecutar las instrucciones de la dinámica	30 min		
		7.5. Cierre Cognitivo	Refrigerio (bebidas)	15 min	Carpeta Material impreso	

Diseño del Taller N° 8 “Ey! Es contigo”

Objetivo General: Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente, para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida

Objetivos Específicos	Contenido	Actividad del Facilitador	Actividad del Participante	Tiempo	Recursos	Evaluación
4. Promover el fortalecimiento de un adecuado lenguaje físico y verbal del Cuidador Informal que garantice una comunicación asertiva que favorezca su calidad de Vida	<ul style="list-style-type: none"> • La comunicación. • La comunicación asertiva. 	Presentación personal	8.2. Integración participativa a la actividad	10 min	Humanos: Facilitador Participantes	Asistencia y participación en las dinámicas
		8.1 Facilitar las pautas de la actividad a desarrollar		8.4. Participar en las dinámicas de integración	30 min	
		8.3 Lectura Comentada “El Cometa Halley”. Ver Anexo 8	Refrigerio (bebidas)		20 min	Cd de Música (2) Ambientador Carpeta Material impreso

Diseño de charla N° 1 Cambiando para ser feliz

Objetivo General: Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente, para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida

Objetivos Específicos	Contenido	Actividad del Facilitador	Actividad del Participante	Tiempo	Recursos	Evaluación
1. Evaluarlos Estilos de Vida de los Cuidadores Informales y su impacto en su Salud Integral	<ul style="list-style-type: none"> • Estilo de Vida • Conciencia situacional • Hábitos Saludables • Estado de animo • Manejo de conflictos • Promoción de la Salud y los principios Fundamentales según la OMS. 	Presentación personal 1.1 Facilitar las pautas de la actividad a desarrollar 1.3 dinámica de Grupo. Ver Anexo 9 1.5. Cierre Cognitivo	1.2. Integración participativa a la actividad	10 min	Humanos: Facilitador Participantes	Asistencia y participación en las dinámicas Intervención de los participantes Cuestionario
			1.4. Participar en las dinámicas de integración	40 min	Materiales: Cámara Fotográfica Salón amplio Sillas Reproductor de música cornetas Cd de Música (2)	
			Refrigerio (bebidas)	10 min	Ambientador Carpeta Material impreso	

Diseño de charla N° 2 ¿Tus necesidades son iguales a las mías?

Objetivo General: Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente, para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida						
Objetivos Específicos	Contenido	Actividad del Facilitador	Actividad del Participante	Tiempo	Recursos	Evaluación
2. Promover la adquisición de habilidades que permitan el manejo efectivo de la sobrecarga socio-emocional	<ul style="list-style-type: none"> Jerarquía de las Necesidades de Maslow 	Presentación personal 2.1 Facilitar las pautas de la actividad a desarrollar	2.2. Integración participativa a la actividad	10 min	Humanos: Facilitador Participantes Materiales: Cámara Fotográfica Salón amplio Sillas Reproductor de música cornetas Cd de Música (2) Ambientador Carpeta Material impreso	Asistencia y participación en las dinámicas Intervención de los participantes Cuestionario
		2.3 Dinámica de Grupo”. Ver Anexo 10	2.4. Participar en las dinámicas de integración	40 min		
		2.5. Cierre Cognitivo	Refrigerio (bebidas)	10 min		

Diseño de charla N° 3 “El control”

Objetivo General: Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente, para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida

Objetivos Específicos	Contenido	Actividad del Facilitador	Actividad del Participante	Tiempo	Recursos	Evaluación
2 Promover la adquisición de habilidades que permitan el manejo efectivo de la sobrecarga socio-emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Formas de afrontar el estrés • Control de respiración 	Presentación personal	3.2. Integración participativa a la actividad	10 min	Humanos: Facilitador Participantes	Asistencia y participación en las dinámicas
		3.1 Facilitar las pautas de la actividad a desarrollar		40 min	Materiales: Cámara Fotográfica Salón amplio Sillas Reproductor de música cornetas Cd de Música (2)	
		3.3 Dinámica Dinamizada. Ver Anexo 11	3.4. Participar en las dinámicas de integración	10 min	Ambientador Carpeta Material impreso	
		3.5. Cierre Cognitivo	Refrigerio (bebidas)			

Diseño de charla N° 4 “Musicoterapia, Bailando con mi ser”

Objetivo General: Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente, para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida

Objetivos Específicos	Contenido	Actividad del Facilitador	Actividad del Participante	Tiempo	Recursos	Evaluación
3. Fomentar el desarrollo de adecuados hábitos de vida a través de técnicas bioenergéticas que permitan desarrollar Hábitos Saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Bioenergética • Técnicas de Control de Activación Emocional • Terapias Alternativas / Holísticas / Naturales • Consejos útiles a fomentar como hábitos generales de vida 	Presentación personal	4.2. Integración participativa a la actividad	10 min	Humanos: Facilitador Participantes	Asistencia y participación en las dinámicas
		4.1 Facilitar las pautas de la actividad a desarrollar		4.4. Participar en las dinámicas de integración	40 min	
		4.3 Dinámica de Grupo. Ver Anexo 12	Refrigerio (bebidas)		10 min	Intervención de los participantes Cuestionario

Diseño de la charla N° 5 “Alcanzando el éxito”

Objetivo General: Fomentar el bienestar integral del cuidador informal que tiene a su cargo el cuidado del adulto mayor dependiente, para el manejo adecuado de sus emociones a fin de favorecer su calidad de vida

Objetivos Específicos	Contenido	Actividad del Facilitador	Actividad del Participante	Tiempo	Recursos	Evaluación
4. Promover el fortalecimiento de un adecuado lenguaje físico y verbal del Cuidador Informal que garantice una comunicación asertiva que favorezca su calidad de Vida	<ul style="list-style-type: none"> Habilidades de la persona asertiva. 	Presentación personal		10 min	Humanos: Facilitador Participantes	Asistencia y participación en las dinámicas
		5.1 Facilitar las pautas de la actividad a desarrollar	5.2. Integración participativa a la actividad	40 min	Materiales: Cámara Fotográfica Salón amplio Sillas Reproductor de música cornetas Cd de Música (2) Ambientador Carpeta Material impreso	Intervención de los participantes
		5.3 Dinámica de Grupo. Ver Anexo 13	5.4. Participar en las dinámicas de integración	10 min		Cuestionario
5.5. Cierre Cognitivo	Refrigerio (bebidas)					

Manual del Facilitador del Programa

Actividades Previas al Inicio del Evento Programado

1. Realizar la correspondiente planificación y organización del evento; esto incluye crear la publicidad y propaganda, realizar las invitaciones y pancartas informativas para los participantes del programa informando día, hora, lugar y temática a tratar, con ímpetu motivacional sobre la actividad. Debe realizarse mínimo una semana de anticipación acompañada de una campaña recordatoria durante los últimos tres días anteriores al evento.
2. Preparar anticipadamente los recursos necesarios para el desarrollo del evento. (Recursos audiovisuales, presentaciones PowerPoint, material impreso, refrigerio, laminas, distintivos entre otros).
3. Ambientar el lugar donde se llevará a cabo la actividad o evento.
4. Organizar el espacio o aula tomando en cuenta su capacidad y el número de participantes que asistirán; determinando la cantidad de sillas, materiales y refrigerio según el estimado previsto de asistencia.
5. Si existen facilitadores externos, se debe corroborar su asistencia, haciendo hincapié en la fecha y hora del evento así como el lugar.
6. Disponer de una carpeta para los formatos de asistencia de los participantes al evento, indicando nombre de la actividad, debajo de este encabezado preparar columnas y filas colocar nombre y apellido, cedula y firma de los asistentes.
7. Llevar el registro fotográfico de las actividades desarrolladas de acuerdo al cronograma.

Actividades de Inicio

1. Bienvenida a los Participantes.
2. Presentación del Facilitador.
3. Presentación de normas que garanticen la fluidez y desarrollo de la actividad.

4. Ejecución de técnica de dinámica de grupo, de presentación e integración de los asistentes.
5. Entrega de distintivos al público presente.
6. Revisión previa de expectativas sobre el evento o actividad.
7. Motivación hacia la temática a tratar, utilizando los recursos para tal finalidad.

Actividades de Desarrollo

1. El facilitador presentará el contenido por medio de técnicas grupales, apoyo audiovisual, material impreso, uso de estrategias variadas que faciliten la participación y reflexión con un adecuado lenguaje verbal y expresivo buscando el logro del objetivo o meta propuesta en cada contenido.
2. En la selección de las estrategias y actividades a desarrollar se debe tomar en cuenta las características grupales e individuales de los participantes, el tiempo, el lugar del que se dispone entre otros.
3. Durante el desarrollo del evento es propicio ir pasando la carpeta para la toma de asistencia de los participantes.

Actividades de Cierre

1. El facilitador realiza una retroalimentación del evento o actividad, permitiendo la participación de los asistentes.
2. Verificar con el grupo de participantes ¿Cómo se sintieron? ¿Les gusto? ¿Qué aprendieron? ¿A qué se comprometen? Entre otras interrogantes de interés. Se puede llevar a cabo esta parte por medio de preguntas escritas o verbales.

3. Despedida por parte del facilitador, agradece la asistencia y participación de todos a la actividad o evento, en este momento se puede entregar algún material de apoyo como folletos, dípticos, guías entre otros.
4. Se puede cerrar con pequeños refrigerios para motivar la participación de los presentes.
5. Presentar logros con informes, carteleras, folletos informativos a los Coordinadores de la Unidad de Psicogeriatría de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.
6. Divulgación de logros a través de carteleras informativas a los Coordinadores de la Unidad de Psicogeriatría de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

Anexo (1)

Objetivo:

Evaluar sobre los Estilos Vida de los Cuidadores Informales y su impacto en la Salud Integral

Desarrollo:

1. El facilitador entregará a los participantes sus respectivos distintivos, agradecerá identificarlos con sus respectivos nombres, así como prestar atención a cada una de las instrucciones a realizar.
2. En un extremo del salón sobre una mesa se colocaran los materiales a utilizar (reproductor de música, cornetas, Cd de Música (1), globos, cinta adhesiva, papel de Seda, láminas de papel bond, caja de cartón mediana, serpentina, pitos).
3. Los participantes se ubicaran en el salón en el extremo opuesto a la mesa y se les indicará que la actividad cuenta con tres circuitos:
 - a) Entre todos los participantes deberán inflar 15 globos, forrar la caja como una piñata, armar cadenetas de papel de seda, y decorar el salón como una fiesta, para ello dispondrán de 10 minutos
 - b) Luego conectar el reproductor y bailar la música que será reproducida. (Cd 1), y utilizar los pitos y las palmas para animar, durante 05 minutos. Posteriormente en lo que se termine la música, cada participante deberá tomar un (01) globo y sin utilizar las manos a la cuenta de 1, 2,3 deberá reventarlo.
 - c) Y Cuando el facilitador les indique, inmediatamente los participantes se sentarán en el suelo, con las rodillas flexionadas hacia el pecho y los brazos abrazando las piernas, la cabeza permanecerá flexionada hacia el pecho y deberán permanecer allí mientras lo indique el facilitador. El facilitador invitara a los participantes sentir cada latido agitado de su corazón, el sudor correr por su piel, la sensación temblorosa de las piernas, la respiración entre cortada, la sed en la boca.

4. Posteriormente se les indican a los participantes que pueden relajarse, soltar brazos, estirar piernas, respirar profundo y se les indicara que pueden tomar asiento en las sillas para así comentar su experiencia con respecto de la actividad.

5. El facilitador realizará un cierre relacionando la actividad con la importancia de la Promoción de la Salud y un adecuado Habito de Vida, haciendo énfasis en que la excesiva carga de actividades que frecuentemente son expuestos los cuidadores informales cada día transcurren de maneras agitadas, accidentadas, cargadas de compromisos personales, de altas tensiones emocionales, aunado a una inadecuada alimentación conlleva al desgaste y colapso de sistema físico – psicológico y emocional, acelerando posibles daños severos y complicaciones a la salud.

Con adaptación de la técnica de Cabeza Estira y Encoge de Oscar Castillo (2009) Pag.637.
Dinámica de Grupo y Juegos Cooperativos

Anexo (2)

ESE NO ES MI PROBLEMA

Objetivo:

Evaluar sobre los Estilos Vida de los Cuidadores Informales y su impacto en la Salud Integral

Desarrollo:

- El facilitador le pedirá a los participantes que formen un semicírculo.
- Dispondrá de los recursos materiales necesarios, para reproducir el video “**Ese no es mi Problema**”.
- A los participantes se les agradece de prestar atención y disfrutar del video.
- Una vez culminado la reproducción del video, el facilitador dará instrucciones a los participantes de agruparse en grupos de 5 personas, para realizar en cada grupo la discusión de la conducta de los personajes que participan en el video y exponerlas al resto de los grupos
- El facilitador realizará un cierre afectivo, agradeciendo a todos los participantes por sus importantes aportes reflexivos.

Anexo (3)

IDENTIFICANDO MIS NIVELES DE ESTRÉS.

Objetivo:

Evaluar sobre los Estilos Vida de los Cuidadores Informales y su impacto en la Salud Integral

Desarrollo:

- El facilitador le pedirá a los participantes que formen un círculo.
- El facilitador entregará una encuesta para auto evaluar el nivel de Estrés de los participantes (adjunto en la página siguiente).
- Posterior al llenado del mismo, el facilitador les invita a comentar su experiencia sobre sus resultados y pregunta a los participantes: ¿Si anterior a la aplicación de la encuesta estaban conscientes de cómo afecta el estrés a su salud?
- El facilitador realizará un cierre afectivo hablando de la importancia del llevar un adecuado manejo de las actitudes y conductas frente a situaciones que nos generen estrés. Ya que asumir ante los conflictos conductas poco idóneas, lejos de permitirnos encontrar una solución adecuada, produce: bloqueo y estancamiento emocional, contractura muscular, elevación de la presión sanguínea, baja oxigenación cerebral, aunado a que el conflicto sigue allí.

Tomado de www.desestressarte.com

Anexo (4)

Estresado Yo

Objetivo:

Promover la adquisición de habilidades que permitan el manejo efectivo del Estrés y mejoren la salud integral

El siguiente test de Zarit, sirve de ejemplo para comprobar el nivel de sobrecarga que posee, el cual genera estrés repercutiendo en su vida, y que conllevan a tensiones peligrosas para la salud.

Nº	Ítems	N 1	RV 2	A.V 3	B.V 4	C.S. 5
1	¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					

16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5.

Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos.

Este resultado clasifica al cuidador en:

“ausencia de sobrecarga” (δ46),

“sobrecarga ligera” (47-55)

“sobrecarga intensa” (ε56).

El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa.

El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador

Anexo (5)

Aprendiendo a Respirar

Objetivo:

Fomentar el desarrollo de adecuados hábitos de vida a través de técnicas bioenergéticas que permitan desarrollar los Hábitos Saludables

Desarrollo:

- Dispondrá de los recursos materiales necesarios, para ejecutar la actividad (sillas equipo reproductor, Cd de música 2, cornetas, ambientador)
- El facilitador solicitará a los participantes estar atentos a las siguientes instrucciones:
 - a) Sentado cómodamente, con las piernas separadas, coloca una mano sobre tu vientre y otra sobre el pecho, expulsa 2 ó 3 veces a fondo el aire.
 - b) Ahora comienza con una inspiración lenta y profunda llevando el aire hacia la parte baja de los pulmones (como si respiraras con el abdomen) y siente cómo empujas la mano que tienes en el vientre.
 - c) Continúa inspirando el aire mientras dilatas la zona de las costillas, cuando la zona costal esté dilatada, continúa inspirando un poco más a la vez que las clavículas se levantan. Ahora tus pulmones están llenos de aire. Tanto éste paso como el anterior podrás sentirlo con la mano que tienes en el pecho.
 - d) Retén unos instantes el aire procurando no tensar el rostro, el cuello o los hombros.
 - e) Comienza la expulsión haciendo que el aire salga primero de la parte clavicular, luego del costal, y finalmente de la abdominal, expulsando el aire totalmente. Es decir, la expulsión se hace de manera inversa a la inspiración, de manera que la zona baja es la primera que se llena y la última que se vacía.

- f) Mantén unos instantes los pulmones vacíos, y cuando sientas el impulso de inspirar, hazlo repitiendo los pasos anteriores.
 - g) Con cada expiración imagina como se van y desaparecen todas las tensiones.
 - h) Con cada inspiración imagina como te vas llenando de paz y tranquilidad.
 - i) Con cada inspiración, imagina que entra en tus pulmones entra una gran cantidad de energía que queda almacenada en tu plexo solar.
 - j) Al expirar imagina como esa energía fluye a grandes raudales por todas las partes de tu cuerpo. (Puedes centrar esa energía en las zonas especialmente tensas, débiles o enfermas de tu cuerpo).
 - k) Ahora quiero que se conviertan en árbol, observen como es su transformación, como son ustedes siendo un árbol; donde están sembrados, quien los cuida, quien los riega, quien está a su lado.
 - l) Sientan que los mueven de sitio, observen que los colocan en un lugar llenos de confort, buen clima, buen suelo
 - m) Ahora como se sienten en ese nuevo lugar. Les gusta estar allí o estar en el lugar donde estaban anteriormente.
 - n) Relájense. En medio de la tranquilidad y el silencio comiencen a sentir su respiración, a sentir su cuerpo, sientan sus pies, sus piernas y como de ellos emana toda esa buena energía de la cual están llenos sus cuerpos, y que a partir de este momento todo lo que este a su alrededor será lleno de esa misma energía, sientan que ya nada les podrá dañar.
 - o) Ahora a la cuenta de 3 van inhalar y exhalar profundamente 3 veces, y lentamente abran los ojos.
- Una vez culminado la actividad. el facilitador realizará un cierre afectivo. Anexo 6
 - El Facilitador entregara ficha de evaluación. Anexo 7 e invitará a participar de un refrigerio

Anexo (6)

Energía Sanadora

Objetivo:

Fomentar el desarrollo de adecuados hábitos de vida a través de técnicas bioenergéticas que permitan desarrollar la Hábitos Saludables

Desarrollo:

1. Posición básica de orientación: Colocamos los pies a una distancia de unos 20 centímetros, con las puntas de los dedos metidas hacia dentro. El ejercicio consiste en desplazar el peso hacia las plantas de los pies, hasta que este recaiga justo en la parte que hay debajo de los dedos de los pies. Una vez que se colocan los pies así, hay que flexionar las rodillas, echar la cadera y la barriga hacia fuera. El cuerpo debe estar relajado.
2. La toma de tierra: Se realiza partiendo de la posición de orientación, pero doblando la espalda, y sosteniéndote (sin apoyarte), en las yemas de los dedos. Una vez así, se comienzan a meter poco a poco las rodillas hacia dentro. Hay una variante de este ejercicio que consiste en apoyarse solo en una pierna.
3. Justo después de esta primera parte de la sesión realizaremos un gran número de estiramientos que servirán para relajar las zonas que han recibido energía anteriormente.
4. Posteriormente mientras se está tumbado con las piernas levemente levantadas. Inspiramos (hinchando el abdomen) y expiramos (bajando el abdomen) durante tres ocasiones profundamente y en la cuarta exhalación dejamos que el grito surja desde el

abdomen. También se puede aplicar una variante que consiste en patalear justo cuando la persona se queda sin aliento y no puede gritar más.

8. Una vez culminado el ejercicio anterior se relajan los participantes y comienzan una sesión de ejercicios de imaginación guiada. Primero procedemos con una relajación a través de todo el cuerpo a través de la lectura de un relato en el cual se recorren todos los puntos del cuerpo, para que el sujeto sea consciente de ellas. En la imaginación propiamente dicha se habla sobre la existencia de una energía (bioenergía), y se hace que esta se mueva a lo largo de todo el cuerpo sanando y aliviando tensiones, esta actividad se realiza durante 15 minutos con los ojos cerrados, posteriormente se guía a los participantes a relajarse con un fondo musical, se invita a realizar tres (3) inhalaciones profundas a abrir los ojos e incorporarse de pie.

Anexo (7)

TU APORTE

(Terapias Alternativas – Consejos para Fomentar Adecuados Hábitos)

Objetivo:

Fomentar el desarrollo de adecuados hábitos de vida a través de técnicas bioenergéticas que permitan desarrollar la Hábitos Saludables

Desarrollo:

- El facilitador le solicitará a los participantes que mantengan los mismos equipos de trabajo de la actividad anterior (Ese no es mi problema).
- Se dispondrá de los recursos materiales necesarios, para elaborar un mapa mental (papel bond, marcadores, cinta adhesiva)
- El facilitador suministrará las siguientes instrucciones: Partiendo de la discusión grupal cada equipo deberá entre todos los miembros proponer por consenso, ¿Cómo debió abordarse la problemática inicial? Para ello elaboraran un mapa mental, el cual será presentado y discutido con el resto de los participantes.
- El facilitador realizará un cierre afectivo, solicitando a los participantes expresen que reflexión deja la actividad

Con adaptación de la técnica 2. Toma de Decisiones de Oscar Castillo (2009) Pag.368.
Dinámica de Grupo y Juegos Cooperativos

Anexo (8)

EL COMETA HALLEY

Objetivo:

Promover el fortalecimiento de un adecuado lenguaje físico y verbal del Cuidador Informal que garantice una comunicación asertiva que favorezca su calidad de Vida

Desarrollo:

En una empresa se emite el siguiente memorando, el cual debe ser difundido por el encargado de cada dependencia a sus respectivos subalternos.

Memorando

De: director general

A: gerente

El viernes próximo, alrededor de las cinco de la tarde, aparecerá el cometa Halley en esta zona. Se trata de un evento que ocurre cada 78 años. Por favor, reúna a todos los trabajadores en el patio de la fábrica, con cascos de seguridad, que allí les explicaré el fenómeno. Si estuviera lloviendo no podremos ver este raro espectáculo a ojo descubierto; en tal caso, todos deberán dirigirse al comedor, donde se exhibirá un documental sobre el cometa.

El gerente de la empresa quien se encuentra atareado de trabajo y por ende no lee con atención el comunicado lo reproduce de la siguiente manera:

Memorando

De: gerente

A: director de recursos humanos

Por orden del director general, el viernes a las cinco de la tarde aparecerá sobre la fábrica, si llueve, el cometa Halley. Reúna a todo el personal con casco de seguridad y llévelo al comedor, donde tendrá lugar un raro fenómeno que sucede cada 78 años a ojo desnudo.

El director de recursos humanos quien en ese momento se encontraba atendiendo una llamada de su esposa, le dio una mirada rápida y sin prestar atención al comunicado lo redactó de la siguiente manera:

Memorando

De: director de recursos humanos

A: jefe de personal

A solicitud del director general el científico Halley, de 78 años de edad, aparecerá desnudo en el comedor de la fábrica el próximo viernes a las cinco de la tarde usando un casco de seguridad pues estará presentando un documental sobre el problema de la lluvia, y el director hará una demostración en el patio de la empresa.

El jefe de personal, quien estaba próximo a salir a su hora de descanso revisa el comunicado con premura y lo redacta de la siguiente manera:

Memorando:

De: jefe de personal

A: jefe de turno

El viernes a las cinco de la tarde el director, por primera vez en 78 años, aparecerá en el comedor para firmar el documental "Halley desnudo", junto al famoso científico y su equipo. Todos deben presentarse con casco de seguridad porque el documental tratará de la seguridad en condiciones de lluvia.

El jefe de turno que en el momento de recibir el comunicado se encontraba atendiendo diferentes solicitudes de varios empleados, lo reproduce como sigue:

Memorando:

De: jefe de turno

A: jefe de comunicaciones internas

Todos, sin excepción, deben presentarse desnudos con los agentes de seguridad de la fábrica en el patio de la misma, este viernes a las cinco de la tarde. El director vendrá acompañado de Halley, un artista muy famoso, y su grupo, que mostrarán el documental "bailando bajo la lluvia". En caso de que en verdad llueva, hay que irse al comedor con cascos de seguridad. ¡Esto ocurre cada 78 años, aprovechen!

El jefe de comunicaciones internas, quien es un joven que acaba de ingresar a la fábrica debe publicar el aviso en las carteleras a vista de todos los empleados, dada la premura del aviso lo lee de manera apresurada y resume lo que entendió en la cartelera principal de la siguiente manera:

Aviso en la cartelera:

A todo el personal:

El viernes cumple 78 años el director general. Por tal motivo se dará libre a todo el mundo, sin excepción, para la fiesta que tendrá lugar en el comedor a las cinco de la tarde con el grupo Halley y sus cometas. Todos deben ir desnudos y usar condones de seguridad, porque lloverá y se va a formar tremenda fiesta en el patio de la fábrica.

Anexo (9)

Objetivo:

Promover la adquisición de habilidades que permitan el fortalecer conductas proactivas como estilo de vida

ROMPER CON UNA CONDUCTA



Nivel intermedio



20 min



Las veces que necesitas o quieres



Sin interrupciones



Acordábase realizarlo con un acompañante

Objetivo: Romper una reacción negativa que te molesta, provocada por alguien más.

Recomendación: lo puedes hacer mientras lees esto.

Identifica qué o quién te provoca una conducta que quieres cambiar o eliminar. Éste es un ejercicio relativamente sencillo y efectivo, funciona especialmente en conductas que surgen como reacción a determinadas situaciones. Requiere bastante concentración, pero si lo haces correctamente, obtendrás resultados favorables muy pronto. Es fácil de aprender y repetir cuantas veces sea necesario. Cuando logres el cambio de una conducta, puedes usar la misma técnica para otra conducta. Te recomiendo que trabajes una conducta a la vez.

Identifica una situación en la que algo o alguien detona en ti una conducta indeseable. Por ejemplo: tú ya no fumas, pero te encuentras con cierto amigo cuya insistencia es tal que acabas fumando y, al final, terminas enojado.

Otro ejemplo puede ser que quieres bajar de peso y alguien, invirtiblemente, te regala caramelos o chocolates que terminas comiendo. Encuentra la situación que afecta tu conducta, porque vamos a intentar que tu mente haga a un lado en forma definitiva esta reacción.

Una vez que tengas clara la conducta que quieras erradicar, sigue estos pasos:

- 1) Extiende tu mano izquierda con la palma hacia arriba. Piensa en algún momento en el que te sentiste muy tranquilo, calmado. Observa dónde estás, con quién, qué sucede, qué dicen y cómo son tus sensaciones. Colócalas en tu mano izquierda respirando profundamente.
- 2) Recuerda algún momento en el que te reíste muchísimo, estuviste muy contento y pasaste un buen rato. Fue un momento muy agradable. Toma en cuenta cómo era tu sensación de risa, escúchate y escucha a los demás para hacer el recuerdo más vívido. Siente la risa en tu abdomen. Ahora coloca también esta experiencia tan agradable en la mano izquierda con una respiración profunda.
- 3) Busca una experiencia en la que te sentiste exitoso, confiado. Tienes el reconocimiento de tu entorno. Recuerda los detalles, qué te dicen, cómo te ven, piensa en tus sentimientos al respecto. Es un gran momento para ti. Todas esas personas te dan seguridad. Toma también estos momentos de éxito y ponlos en tu mano izquierda respirando.

4) Seguramente también encontrarás algún momento en el que hayas amado y te hayas sentido amado. Visualiza igualmente esta escena, ve todos los detalles, escucha lo que dices y lo que te dicen. Percibe la energía de tu cuerpo moverse y date cuenta de lo bien que te sientes. Agrega estos sentimientos de amor a tu mano izquierda respirando nuevamente.

5) Ahora ve tu mano derecha y, de igual manera, ábrela con la palma hacia arriba. Allí coloca la escena con la conducta que quieres erradicar. Coloca todas las emociones negativas (enojo, coraje, tensión) que experimentas con esa conducta. Mírate, escúchate y siente tus emociones. Ahora, acerca poco a poco la mano izquierda y vierte todo lo que pusiste en ella sobre la mano derecha, sobre la conducta indeseable. Junta tus manos y empieza a frotarlas, como si quisieras deshacer la conducta indeseable con los elementos positivos que acumulaste.

6) Respira profundamente y siente la energía que se genera en tus manos. El mensaje ya se envió a tu mente: deshacer la conducta indeseable.

7) Regresa al recuerdo de la escena con la conducta/respuesta indeseable. Imagina que te enfrentas a la misma situación en el futuro. ¿Cómo te sientes? ¿Cómo reaccionas? ¿Qué importancia le das? ¿Qué solución le das? Si deja de tener mucha importancia y ya no te invaden las mismas sensaciones, entonces tuviste éxito en el ejercicio.

Tarea: si aún detectas parte de la conducta no deseada en ti, repite el ejercicio buscando elementos con mayor fuerza para almacenar en tu mano izquierda y seguramente lo lograrás.

Anexo (10)

IDENTIFICANDO NECESIDADES

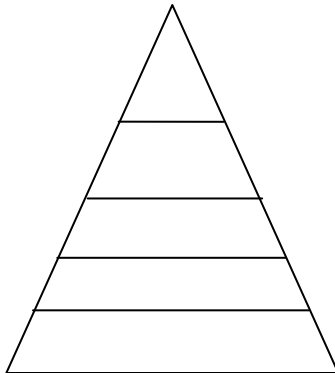
Objetivo:

Identificar las necesidades que deben ser satisfechas para la consecución de metas y objetivos que conduzcan a la autorrealización personal.

Desarrollo:

- El facilitador entregará una hoja a cada participante, que contendrá la pirámide de Maslow en blanco.
- Los participantes definirán una meta u objetivo que deseen conseguir.
- Los participantes colocarán en cada escalón de la pirámide las necesidades que deben satisfacer para lograr la meta u objetivo propuesto.
- Se invita a los participantes a comentar su experiencia en la actividad
- El facilitador realizará un cierre afectivo hablando de la importancia de la motivación en el logro de metas.

Objetivo u Meta:



¹Tomado del resumen de Simons, Irwin y Drinnien(1987); Boeree(2006); Feist y Feist(2006) con modificaciones de Mayarlin Navas y Leynis Batista.

Anexo (11)

Objetivo: Evaluar los Estilos de Vida de los Cuidadores Informales y su impacto en su Salud Integral

EL MODELO "CHAS"



Nivel ejercido

Ayuda a cambiar hábitos no deseados, o respuestas usuales no deseadas.



Muchos desean cambios inmediatos

Por ejemplo, puedes cambiar tu hábito de gritar o enojarte, dejar de comer golosinas que no te conviene, ser más flexible ante diferentes situaciones, ejercer más la paciencia o cuidar tu economía, por nombrar algunos ejemplos.

El enfoque en esta técnica es básicamente visual, con un leve estado de trance. La mayoría de las personas obtiene resultados al aplicarla desde la primera vez. Sin embargo, se puede repetir sin ningún problema las veces que sean necesarias. El ejercicio se divide en cuatro partes, todas importantes para que funcione adecuadamente.



20 min

1ª parte

Identifica el comportamiento específico que quieres cambiar o piénsalo como una situación en la que quieras tener más RECURSOS para afrontarla mejor, como cuando debes hablar en público, prepararte para un acontecimiento o manejar el estrés en determinadas situaciones. Piensa con cuidado y de manera puntual y detallada lo que quieres, de esa manera la técnica funcionará mejor.



Observación recomendable

Visualiza cuándo ocurre tu conducta no deseada y qué haces justo antes de que suceda. ¿Qué la dispara? ¿Cuáles son las señales específicas que la originan? ¿Cuáles son los pasos? ¿Qué ves? ¿Qué escuchas? ¿Qué sientes? Por ejemplo, la señal para morderte las uñas podría ser una imagen de tu mano acercándose a la boca, sentir presión en el trabajo podría representarse con ver el reloj y saber que el jefe está por llegar. Ahora, congela la imagen en tu mente, como si estuviera en una pantalla, justo antes de que suceda. Es importante detener la imagen justo antes de llevar a cabo el comportamiento no deseado. Búscala bien hasta que estés seguro de que es esa la que inicia el comportamiento. La efectividad del ejercicio depende de que hagas una buena elección.



Dos veces al día hasta que veas resultado

Aumenta el brillo y tamaño de esta imagen. Si la reacción hacia la imagen se hace más desagradable, está bien. Déjala congelada en la pantalla que tienes en tu mente. Ésta es la primera escena.



Privado

Mueve un poco tu cabeza para relajar el cuello.



Acompañate al menos la primera vez

2ª parte

Piensa cómo te gustaría ser realmente, cómo serías si responderas de otra manera y no tuvieras esta limitación. ¿Cómo te verías a ti

mismo si hubieras realizado el cambio? La imagen nueva deberá tener las cualidades que deseas y que te motivan a realizar el cambio. Una vez que tengas la imagen frente a ti, imagínate actuando como te gustaría, como si fuera una película en tu mente. Fíjate bien en esa escena y en lo que sientes al verla. Asegúrate de que la escena sea motivadora y atractiva para ti. En esta imagen tienes los RECURSOS o capacidades necesarios activos para vencer cualquier tentación de regresar al antiguo comportamiento.

Congela la imagen en otra pantalla. Ésta es la segunda escena.

¿Esta nueva imagen es algo bueno para ti y para los que te rodean? ¿Te ves actuando de esta manera con naturalidad? Respira profundamente mientras piensas en esto.

3ª parte

Imagina que enciendes una pantalla frente a ti y que allí aparece la primera escena negativa, ahora aumentamos un poco más el tamaño y el brillo. En una esquina de esta imagen ponemos la segunda escena, la que te motiva al cambio, la nueva conducta que deseas. Esta imagen es pequeña y oscura. Al decir "CHAS", con fuerza, rápidamente agrandas la imagen pequeña de tu nueva conducta. Dale brillo y agrándala hasta cubrir la imagen de la conducta no deseada. La velocidad es esencial. Observa la segunda escena grande y brillante ocupando toda la pantalla.

Ahora cierra los ojos, respira profundamente y apega la pantalla. Otra vez enciende la pantalla y ve la primera escena, di rápidamente "CHAS" y la segunda escena crece hasta cubrir la primera escena. Cierra los ojos, respira profundamente y apega la pantalla. Repite el proceso cinco veces con rapidez cerrando los ojos y respirando entre una y otra.

4ª parte

Comprueba si puedes ver todavía la primera imagen: si no puedes, o queda borrosa, significa que el resultado es positivo.

Visualiza el resultado representándolo en el futuro. Piensa en una escena futura en la que podrías caer en el patrón anterior, ¿produce la misma respuesta? Ya debe de haber otra opción de respuesta instalada. La próxima vez que te encuentres ante una situación similar, busca la nueva respuesta en tu mente y vive el cambio.

Tarea: repite el ejercicio con las escenas que elegiste. Cada vez que aparezca la primera escena, cámbiala rápidamente por la segunda. Esto se puede hacer antes de dormir para entrenar la mente y producir escenas que uno desea.

Anexo (12)

Objetivo: Fomentar el desarrollo de adecuados hábitos de vida a través de técnicas bioenergéticas que permitan desarrollar la Hábitos Saludables.

Músico terapia

Instrumentos	Materiales
Instrumentos naturales	El cuerpo como objeto sonoro: percusión corporal, voz.
Instrumentos convencionales	Piano, guitarra, flauta.
Instrumentos de percusión	Instrumentos folklóricos y autóctonos.
Instrumentos de construcción artesanal	Construidos por los propios participantes.
Instrumentos contruidos con fines terapéuticos	Material específico de musicoterapia, instrumentos adaptados y objetos sonoros para discriminación auditiva: silbatos, reclamos, etc.
Instrumentos electrónicos	Material informático musical.
Material discográfico	Música de diferentes estilos

Se colocan los participantes en círculo y se realizan diferentes sonidos musicales, subiendo y bajando la intensidad de los sonidos, los participantes deben reconocer sus cambios de ánimo según el tipo de sonido que escuchen.

Anexo (13)

Objetivo: Promover el fortalecimiento de un adecuado lenguaje físico y verbal del Cuidador Informal que garantice una comunicación asertiva que favorezca su calidad de Vida.

Exponiendo mis conocimientos

Durante esta sesión, los participantes expondrán las vivencias y conocimientos adquiridos durante los meses de encuentros en las actividades del cronograma establecidas en el programa para cuidadores informales del adulto mayor.

MARCO TEORICO DEL PROGRAMA

Estilo de Vida

Un estilo de vida saludable comprende comer sanamente y ejercitarse periódicamente, cuyos beneficios más notables son la mejora del bienestar general, la disminución del riesgo de padecer enfermedades como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y el cáncer, entre otras.

Al hablar de estilo de vida se debe aclarar que además de lo anterior, participan un conjunto de influencias externas provenientes del entorno no controlable por la persona, que traen como consecuencia el tener que asumir actitudes y conductas que además de influir en lo físico tienen que ver con la psiquis de la persona. Como lo define la Organización Mundial de la Salud (1986) “es una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.

Siendo así resulta claro que el estilo de vida tendrá tanto beneficios como consecuencias en la salud física y psicológica. Un estilo de vida saludable traerá beneficios en la calidad de vida, no solo de la persona que lo practica si no a las personas de su entorno pues se convierten en un ejemplo a seguir.

Hábitos Saludables

Durante el desarrollo de la vida, muchas personas no tienen en cuenta el adoptar y realizar hábitos saludables para que en el futuro tengan una mejor calidad de vida. Ese tiempo de descuido, por decirlo de alguna manera, tendrá sus consecuencias visibles durante la adultez periodo este cuando el sistema inmunológico del organismo se debilita, de ahí, que la persona sea más susceptible a sufrir algunas enfermedades.

Los hábitos alimenticios equilibrados y adecuados es una de las clave para disfrutar de una mejor calidad de vida, ya que la nutrición está estrechamente ligada a la salud y el aportar la máxima variedad a los menús, incluyendo alimentos de diferentes grupos ricos en proteínas, verduras, frutas, legumbres junto a verduras y cereales como el arroz, forman platos completos fuente de vitaminas y aminoácidos.

Por otra parte es recomendable evitar o reducir la ingesta de café, refrescos, te pasteurizados, y la nicotina, ya que los mismos actúan como excitantes de las neuronas, lo que dificultan la conciliación del sueño y provocan nerviosismo. Reducir o eliminar el consumo de tabaco y alcohol. El cual también altera la calidad del sueño además de comportarse como un diurético que le obliga a levantarse al baño en más ocasiones.

Las relaciones sociales tienen mucho que ver con la salud física y mental, con la sensación de bienestar y con nuestra calidad de vida. Pues permite evitar situaciones de ansiedad producto de la depresión y el aislamiento, a la vez que permite conservar la convivencia e inclusión con nuevas amistades a través de las actividades lúdico recreativas y culturales, tales como espectáculos, teatros, cines, viajes, etc.

Según la Organización Mundial de la Salud (1946) “Salud”. Es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad o afecciones”. De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) la salud consta de tres componentes básicos:

1. **Estado de adaptación al medio:** contempla los llamados factores socioculturales, que son aquellos creados por el hombre con un fin determinado.
2. **Equilibrio relativo entre la forma y función del organismo:** se refiere a cómo influye en las personas los alimentos y los gérmenes.

3. **Concepto relativo según la perspectiva biológica, ecológica y social:** en este punto entran las buenas relaciones, familiares y laborales, al igual que los hábitos, las costumbres y las creencias.

Promoción de la Salud

En relación a la Promoción de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2005) considera es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y sus determinantes, y así mejorar la salud”. Para ello la OMS ha elaborado en diversas cartas los principios fundamentales sobre Promoción de la Salud, los más destacables son:

- Lograr asegurar que el ambiente externo aquel que esta fuera del control de cada persona sea favorable al mantenimiento de la salud, esto es sumamente difícil de lograr para la persona como un individuo pero al lograr que la sociedad por completo lo realice se podrá observar un cambio fundamental en la sociedad.
- Combinar procedimientos y planteamientos distintos pero complementarios, que incluyan la comunicación, la educación para la salud, legislación y medidas fiscales adecuadas, cambios en las organizaciones e impulsar el desarrollo comunitario.
- Fomentar la participación de la población, potenciando la autoayuda y motivando a las personas a buscar la manera más apropiada de promocionar la salud en su comunidad.

La promoción de la salud es una estrategia muy importante para el bienestar de las personas ya que la misma ayuda a mantener su funcionalidad y disminuir su dependencia reduciendo la probabilidad de padecer enfermedades de

tipo degenerativas, producto de los factores tanto internos como externos asociados al estrés

Manejo de conflicto

Por prevención y manejo de conflictos se entiende al conjunto de estrategias y actividades que procuran prevenir una escalada de tensiones y/o para transformar relaciones de confrontación en relaciones de colaboración y confianza para la convivencia pacífica, justa y equitativa.

Una actitud típica ante un conflicto es tratar de no vincularnos con su desarrollo y consecuencias; hacer como que no existiera y seguir haciendo las cosas de la manera más normal posible. La negación y la evitación de los conflictos son una reacción que esconde un hecho que aparece en nuestras vidas diariamente: los conflictos forman parte de la vida humana; sin embargo, en general sentimos rechazo e incomodidad ante ellos, careciendo frecuentemente de elementos para resolverlos. Nuestro temor a los conflictos suele surgir de la sensación de incomodidad con las emociones que nos despiertan las discusiones y controversias.

Se debe aceptar el conflicto como consecuencia normal de personalidades diferentes y de las circunstancias de la vida. Aprender a enfrentar, guiar y resolver conflictos en conjunto, constituye un capital muy valioso para cualquier individuo.

Lo primero que se debe tener en cuenta es saber que los conflictos están latentes en toda convivencia, y pueden surgir ante diferencias de cualquier tipo. En general, ellos comienzan cuando una parte percibe que otra es una amenaza, que ha frustrado o intenta frustrar algo que es importante para ella (ideas, opiniones, trabajos, metas, etc.). Es un fenómeno que aparece, entonces, frente a la existencia de expectativas opuestas.

Actitudes personales ante el conflicto

Existen diferentes comportamientos generales ante los conflictos:

a.- **Dominante:** Son personas asertivas, que valoran poco la cooperación en la solución de los conflictos. Su interés está en la rápida solución de las diferencias y suelen imponer sus ideas. A veces son líderes que tienden a actuar como jueces, cuyo interés es descubrir quién tiene la razón, y resolver en justicia el conflicto, sin atender mayormente a los procesos emocionales involucrados.

b.- **Mediador:** Son personas asertivas, que valoran el hecho de que los problemas se solucionen cooperativamente. Se colocan como un tercero neutral que escucha a las partes y las ayuda a dialogar, a precisar sus opiniones y a comprometerse en una solución compartida. Se interesan tanto por la tarea como por los procesos personales.

c.- **Conciliador:** Son personas poco asertivas, que valoran la cooperación. Les cuesta asumir un papel activo en la solución de los conflictos, como en el caso del mediador, y más bien hacen intentos por llamar a las partes a 'no pelear' y a buscar alguna solución, pero evitando ir más allá. Su objetivo es, ante todo, mantener la armonía.

d.- **Negador-Evitador:** Se trata de personas poco asertivas que no valoran activamente la cooperación. Tienden a 'no ver' los conflictos, o a minimizarlos. En general, le temen a los conflictos y huyen de ellos.

Esta sencilla tipología puede ser útil al momento de pensar en estilos personales ante el conflicto, e identificar los acentos propios en ello. Esta auto-observación puede ser una primera ayuda para corregir el estilo y orientarnos hacia acciones más efectivas, que contribuyan a hacer frente a los conflictos, evitando quedarnos sin alternativas de acción.

Actuar en forma asertiva en los conflictos

El hecho de ser asertivo es la mejor y más efectiva manera de actuar. La meta será generar buena comunicación y respeto mutuo, no necesariamente ganar en la argumentación. Deberá estar tan preocupado de las opiniones, sentimientos y necesidades de la otra persona, como de los propios. Para eso se recomienda escuchar atentamente, con empatía, las palabras y los sentimientos del otro y tratar de comunicar la comprensión frente a su punto de vista.

Escuchar así no es fácil. Mientras la persona presenta su parecer, la tendencia usual suele ser pensar en cómo responder a ella. Antes de formular una respuesta, es muy útil darse un momento para reconocer y aceptar interiormente sus emociones, por sobre todo la ira, o el sentirse ofendidos o perjudicados.

Para responder a la otra persona, es recomendable despersonalizar el argumento, es decir, enfocarse en el tema específico y no en la personalidad del otro. Por otra parte, el tipo de respuesta más efectivo es presentar sus sentimientos, necesidades y opiniones honestamente, utilizando un lenguaje personal, es decir, ‘yo siento’, ‘yo pienso’, etc.

Pasos a seguir en el manejo del conflicto

Se propone un conjunto de recomendaciones para el manejo de conflictos. Estas recomendaciones conforman un plan de acción que ha demostrado su utilidad para enfrentarlos adecuadamente [1].

1. No evitar el conflicto y asumir la responsabilidad

Lo primero es no eludir la responsabilidad en la resolución del conflicto que se observa, o bien, si uno está involucrado en el conflicto, pedirle a alguien de superior jerarquía que lo asuma para conducirlo.

Una idea que nos puede animar a hacernos cargo de la situación es considerar que la energía que se solía emplear preocupándose del conflicto – sobre lo que piensa en realidad el grupo, su pérdida de motivación, sus rivalidades, etc., se podrá utilizar constructivamente para trabajar en su solución. La idea es tener una actitud adecuada: ‘estar bien parado’ y sentirse capaz de intervenir en el conflicto.

2. Realizar un diagnóstico preliminar

Se trata de buscar información en terreno, o realizar entrevistas para conocer el estado de cosas entre las partes. Hay que hacer un esfuerzo para detectar coaliciones o alianzas entre personas o entre grupos. Una adecuada comprensión del problema en todos sus aspectos a partir de la visión que entregan sus protagonistas, ayudará a formarse una más clara definición del conflicto.

La responsabilidad, sinceridad y firmeza que se haya mostrado en este proceso suelen tener como recompensa una mejor comunicación, ánimo y disposición posteriores.

3 Definir el verdadero problema en el diálogo

La forma más eficaz de descubrir el origen de un conflicto es reunir a las personas implicadas con el objeto de que discutan abierta y francamente, para descubrir, definir o analizar el problema real y clarificar las posiciones; descubrir aquellos aspectos ocultos en que pudiera basarse el conflicto los sentimientos que esté generando.

En esta etapa es importante estimular la expresión de sentimientos, pero de manera controlada y, para eso, es preciso establecer y dar a conocer un conjunto de reglas a tener en cuenta por las partes en la discusión. Las reglas son las siguientes:

a.- Todos demostrarán apertura y honestidad: Se deberá hacer todo lo posible para crear una atmósfera de confianza que permita la apertura y sinceridad.

b.- Todos tendrán la posibilidad de hablar y ser escuchados: Es importante garantizar que cada parte tendrá la oportunidad y el tiempo necesarios para exponer lo que tenga que decir, y de ser escuchada por la otra parte, asegurando que todos los distintos puntos de vista serán valorados, sin que existan favoritismos. En su momento, todos tendrán la ocasión de responder a lo que se haya dicho.

c.- Todos escucharán sin interrumpir ni reaccionar negativamente: El esfuerzo consiste en asegurar que no ocurra nada en la reunión que pueda interrumpir o impedir la expresión de posiciones de las personas. Si alguien interrumpe, debe volver a recordarse a esa persona que no debe interrumpir, que debe escuchar objetivamente y sin discutir, hasta que el otro haya terminado. En este punto es preciso atender al lenguaje corporal, como miradas y gestos de desaprobación, de negación, etc., porque esos gestos, igual que las palabras, constituyen una forma de interrupción. Cada vez que esta regla no se cumpla, será preciso volver a recordarla.

d.- Toda opinión o sentimiento deberá estar sustentado en hechos o conductas específicas: A menudo las opiniones y sentimientos son expresados en forma de crítica con una fuerte carga emocional. Ante esto, es importante que las personas mantengan una actitud de respeto, no ataquen personalmente a ninguno de los presentes ni hagan afirmaciones genéricas, como ‘él siempre...’, ‘ella nunca...’. En este sentido, hay que resguardar que todas las afirmaciones estén apoyadas en hechos y ejemplos de comportamientos específicos. Así se podrá garantizar que la información sea precisa, lo que ayudará a delimitar y resolver el conflicto.

4. Establecer metas y un plan de acción

Con el aporte de las personas involucradas, habrá que proponer soluciones que se pueden articular en un plan, con compromisos específicos, y con objetivos medibles y factibles. Es fundamental que, en conjunto con las partes en conflicto, se clarifiquen bien esos objetivos y compromisos y se tome el acuerdo de respetarlos.

5. Realizar seguimiento

Debido a que en el plan de acción pueden surgir algunos obstáculos, es fundamental hacer un seguimiento del cumplimiento de los objetivos y de los compromisos acordados.

Conducta Humana.

Etimológicamente la palabra conducta proviene del latín significando conducida o guiada; es decir, que todas las manifestaciones que se comprenden dentro de sí suponen que son conducidas por algo que bien pudiera ser interno o externo. Partiendo de esta idea y de las diferentes soluciones que se dedican al problema psicofísico, la conducta puede ser guiada tanto por los fenómenos psíquicos como por la influencia que ejerce el medio social sobre el sujeto

El Autor Samuel C. Certo (2001): define a la Conducta Humana, el estado interno de un individuo que la hace comportarse en una forma que asegure el logro de algunas metas.

Se han utilizado varios términos para describir la fuerza motivante en la conducta humana, algunos de estos términos son: Empuje, Aspiraciones, Deseo. Aunque cada termino tiene un significado preciso en la teoría psicológica ellos pueden ser agrupados para nuestro abordaje ya que cada uno es sentido por el

individuo como la necesidad, de crear dentro del individuo, una tensión o desbalance que conduce a actividades que intenten reducir una tensión creada.

De acuerdo a la **Jerarquía de las Necesidades de Abraham Maslow** (1908 -1970), La Jerarquía de las Necesidades, ordena las necesidades desde los niveles más bajos y más básicos, hasta las de niveles más altos. Maslow plantea entonces, dentro de su teoría de la personalidad, el concepto de jerarquía de las necesidades, en la cual las necesidades se encuentran organizadas estructuralmente con distintos grados de poder, de acuerdo a una determinación biológica dada por nuestra constitución genética como organismo de la especie humana.

La jerarquía está organizada de tal forma que las necesidades de déficit se encuentren en las partes más bajas, mientras que las necesidades de desarrollo se encuentran en las partes más altas de la jerarquía; de este modo, en el orden dado por la potencia y por su prioridad, encontramos las necesidades de déficit, las cuales serían las necesidades fisiológicas, las necesidades de seguridad , las necesidades de amor y pertenencia, las necesidades de estima; y las necesidades de desarrollo, cuáles serían las necesidades de auto-actualización y las necesidades de trascendencia. Dentro de esta estructura, cuando las necesidades de un nivel son satisfechas, no se produce un estado de apatía, sino que el foco de atención pasa a ser ocupado por las necesidades del próximo nivel y que se encuentra en el lugar inmediatamente más alto de la jerarquía, y son estas necesidades las que se busca satisfacer.

Las Necesidades identificadas por Maslow son:

- **Necesidades Fisiológicas:**

Estas necesidades constituyen la primera prioridad del individuo y se encuentran relacionadas con su supervivencia. Dentro de éstas encontramos, entre

otras, necesidades como la homeóstasis (esfuerzo del organismo por mantener un estado normal y constante de riego sanguíneo), la alimentación, el saciar la sed, el mantenimiento de una temperatura corporal adecuada, también se encuentran necesidades de otro tipo como el sexo, la maternidad o las actividades completas.

- **Necesidades de Seguridad:**

Con su satisfacción se busca la creación y mantenimiento de un estado de orden y seguridad. Dentro de estas encontramos la necesidad de estabilidad, la de tener orden y la de tener protección, entre otras. Estas necesidades se relacionan con el temor de los individuos a perder el control de su vida y están íntimamente ligadas al miedo a lo desconocido, a la anarquía...

- **Necesidades Sociales:**

Una vez satisfechas las necesidades fisiológicas y de seguridad, la motivación se da por las necesidades sociales. Estas tienen relación con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. Dentro de estas necesidades tenemos la de comunicarse con otras personas, la de establecer amistad con ellas, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él, entre otras.

- **Necesidades de Reconocimiento:**

También conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima. Este grupo radica en la necesidad de toda persona de sentirse apreciado, tener prestigio y destacar dentro de su grupo social, de igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto a sí mismo.

- **Necesidades de Autorrealización**

También conocidas como de auto superación o auto actualización, que se convierten en el ideal para cada individuo. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo, la oportunidad de llegar a la satisfacción de las necesidades de más alto niveles prácticamente una utopía cuando se refiere a personal trabajador que tiene que regirse por determinadas reglas que no le permiten desarrollar su talento al máximo.

La Necesidad Insatisfecha y el Estrés

Selye, Hans (1907-1982), concibió por mera casualidad la idea del Síndrome de Adaptación General (SAG), sobre el cual escribió por primera vez en el British Journal Nature en el verano de 1936. El SAG, también conocido como síndrome del estrés, es lo que Selye señaló como el proceso bajo el cual el cuerpo confronta -lo que desde un principio designó como: agente nocivo.

Según Selye, el estrés podría estar representado por cualquier cosa, desde la privación prolongada de alimento hasta la inyección de una sustancia extraña al cuerpo, inclusive, un buen trabajo muscular. Por “estrés”, él no sólo se refirió al “estrés nervioso” sino a la “respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier demanda”. Demostrando la conexión del estrés con la enfermedad y descubriendo nuevos métodos para ayudar al cuerpo a lidiar con el agotamiento de la vida.

Pilar Labrador Blanes del Departamento Psicopedagógico CONTIGO/UP. México, plantea que el estrés, es la respuesta automática y natural del organismo ante situaciones amenazantes o desafiantes. Por otra parte el entorno está en constante cambio lo cual exige continuas adaptaciones; por tanto, cierta cantidad de estrés (activación) es necesaria. En general tendemos a creer que el estrés es consecuencia de circunstancias externas, pero se trata de un proceso de

interacción entre los eventos del entorno y las respuestas cognitivas, emocionales y físicas.

Cuando la respuesta de estrés se prolonga o intensifica en el tiempo, se ven afectadas la salud, el desempeño académico o profesional, e incluso las relaciones personales o de pareja. La mejor manera de prevenir y hacer frente al estrés es reconocer cuándo aumentan los niveles de tensión y ante cuales estímulos o situaciones ocurren.

El estrés produce cambios químicos en el cuerpo, el cerebro envía señales químicas que activan la secreción de hormonas (catecolaminas y entre ellas, la adrenalina) en la glándula suprarrenal. Las hormonas inician una reacción en cadena en el organismo: el corazón late más rápido y la presión arterial sube; la sangre es desviada de los intestinos a los músculos para huir del peligro; y el nivel de insulina aumenta para permitir que el cuerpo produzca más energía.

También puede provocar pérdida o aumento del apetito con la subsecuente variación de peso en la persona. El estrés prolongado puede causar enfermedades cardiovasculares, artritis reumatoide, migraña, calvicie, asma, alteraciones nerviosas, alteraciones de la piel, impotencia, irregularidades menstruales, colitis, diabetes o dolores de espalda. El efecto continuado de la adrenalina sobre el aparato cardiocirculatorio sobrecarga la función generando un endurecimiento paulatino de las arterias, con un consiguiente aumento de la presión arterial. Esto dificulta la función cardíaca que se ve aún más obligada, y se cierra el círculo vicioso. Sufrir estrés por tiempo prolongado o de forma intensa debilita el sistema inmunológico, el corazón, daña las células de la memoria en el cerebro y produce acumulación de grasa en las arterias.

Cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede causar estrés. Esto incluye tanto situaciones positivas (el nacimiento de un hijo, matrimonio) como negativas (pérdida del empleo, el duelo, el robo/hurto, crisis económicas, accidente/enfermedad). En el caso del cuidador informal de un adulto mayor

dependiente ese tipo de situaciones son fuente frecuente de estrés que depende de la capacidad de respuesta de cada individuo ante las situaciones estresantes.

Si los síntomas de estrés persisten durante varias semanas, es posible que necesite de una evaluación médica y psicoterapia de apoyo para aprender nuevas técnicas que le permitan dominar la situación. Si después de un examen, el doctor comprueba que los síntomas no responden a una causa física, recomendará algún tipo de psicoterapia.

Tipos de Estrés

Estrés físico: Es aquel que no permite que la persona se desempeñe correctamente por cambios en el ambiente o en la rutina diaria. Esto puede llegar a entorpecer el funcionamiento de los sentidos, la circulación y respiración. Si el estrés físico se prolonga, puede dañar gravemente la salud o empeorar cualquier situación delicada que ya se tenga.

Estrés psíquico: Es aquel causado por las exigencias que se hace la persona a cumplir en un lapso de tiempo determinado. El cumplimiento de horarios, tareas y oficios donde lo que se exija es mayor a las capacidades de la persona, provoca la aparición del estrés que, lejos de mejorar el rendimiento de la persona, lo empeora y elimina todo sentido de la auto-superación.

Estados de Adaptación del Estrés

1. Alarma de reacción: cuando el cuerpo detecta el estímulo externo.
2. Adaptación: cuando el cuerpo toma contra medidas defensivas hacia el agresor.
3. Agotamiento: cuando al cuerpo comienzan a agotársele las defensas.

El estrés forma parte de la vida, y todos lo experimentamos en mayor o en menor grado, de hecho, es una respuesta natural de nuestro cuerpo, tan necesaria como la sensación de hambre o de sed. Su función es prepararnos para actuar o escapar ante una posible amenaza. Sólo cuando la respuesta de estrés se mantiene durante un tiempo excesivo, es demasiado frecuente o muy intensa y daña al organismo, suelen aparecer consecuencias negativas.

Formas de afrontar el estrés:

- **Confrontación:** Se realiza mediante un conjunto de acciones que emprende una persona para solucionar un problema de manera directa y en cierto modo agresivo.
- **Distanciamiento:** Refiere a los esfuerzos mentales que realiza la persona para separarse de una situación problemática y evitar el sufrimiento.
- **Autocontrol:** Es el conjunto de estrategias que frente al estrés pretende mantener bajo estricta vigilancia tanto las constantes fisiológicas como la conducta y el pensamiento. Utilizar técnicas de relajación antes de hablar en público es una estrategia de autocontrol.

De acuerdo con Selye, el síndrome general de adaptación (SAG), una persona expuesta a condiciones estresantes responderá con una activación fisiológica general que varía a lo largo de tres fases:

1. **Fase de alarma:** ocurre inmediatamente después de la percepción de la amenaza. El sujeto se pone en guardia, y experimenta un aumento del ritmo cardíaco y de la tensión muscular.
2. **Fase de resistencia:** Podremos sostener un esfuerzo durante un período más largo, tratando de superar la amenaza.

3. **Fase de colapso o agotamiento:** Aparece cuando el organismo ha gastado ya todos sus recursos y pierde de forma progresiva su capacidad de activación.

El estrés es causado por el instinto del cuerpo de defenderse a sí mismo, este instinto es bueno en emergencias, como salirse del camino si viene un carro a alta velocidad. Pero éste puede causar síntomas físicos si continúa por mucho tiempo; tal como en respuesta a los retos de la vida diaria y a los cambios.

Cualquier tipo de cambio puede hacernos sentir estresados, aunque sea un cambio bueno. No es solamente el cambio o el suceso en sí, también la forma como nosotros reaccionamos a éste, lo que importa. Lo que puede causar estrés es diferente para cada persona. Por ejemplo una persona puede no sentir estrés al jubilarse del trabajo, mientras que otra puede sentirse estresada.

Otras cosas que pueden causarnos estrés es perder el trabajo, cuando algún familiar se marcha o regresa a casa, la muerte de un cónyuge, el divorcio o el matrimonio, una enfermedad tanto personal como la de un familiar al que tengamos que asumir su cuidado, una lesión, una promoción en el trabajo, problemas de dinero, mudarse, o tener un bebé.

Bioenergética

Salazar M., S (2010) **Ensayo sobre el libro Bioenergética de Alexander Lowen**, refiere que el autor hace referencia en la primera parte de su publicación sobre Wilhelm Reich donde deja ver algunas conceptualizaciones para empezar a entender la bioenergética, diciéndonos que Reich compone al ser humano en tensiones musculares que generan una especie de armadura, que es empleada para protegernos constantemente, tanto de supuestos ataques externos como internos, nos han enseñado a controlar nuestro cuerpo y mente, por medio de la represión de nuestros sentimientos de nuestra propia energía, introduciendo el factor económico hasta en estas cuestiones, acumulamos toda esta energía y nuestras

fuerzas por realizar muchas cosas, comúnmente guardamos esta energía en el sentido sexual, estamos domados o domesticados de tal manera que muchas de las acciones que queremos realizar al estar consideradas como algo “anormal” o “prohibido” lo reprimimos, y lo guardamos dentro de esta armadura, creo que así es como nos vivimos la gran mayoría de las personas poniendo caretas o barreras a los demás para no vernos vulnerados y esa misma barrera funciona de forma inversa hacia nosotros, ya que no deja salir muchas cosas y vamos por la vida cargando cuestiones que deberían ser de lo más natural.

La bioenergética es un método terapéutico creado por Lowen en 1950, con el propósito de ayudar al individuo a abrir su corazón a la vida y al amor, es una forma de terapia que combina el trabajo de cuerpo y mente para ayudarle a resolver los problemas emocionales y comprender mejor nuestro potencial para el placer y la alegría de vivir.

Para Lowen es una forma de psicoterapia diseñada para reactivar el cuerpo a través de ejercicios específicos y cuyas terapias constan de tres ejes que le permite al individuo:

1. Entender su personalidad en términos de su cuerpo.
2. Mejorar todas las funciones movilizando la energía contenida por las tensiones musculares.
3. Aumentar su capacidad para experimentar placer y alegría de vivir.

Castillo. O, (2009) refiere que las funciones de la Psicoterapia Bioenergética se interesa por:

- La tensión muscular crónica.
- Enfocar el “aquí” y el “ahora”
- Enseñar a expresar la era de una manera socialmente aceptable.
- Autoafirmar al individuo
- Intensificar la experiencia personal

- Inhibir recíprocamente las respuestas de angustias por respuestas musculares en acción.

De modo tal, que la persona una vez concientiza el valor de cada minuto de vida, la persona asimile que no hay tiempo para malgastarlo, que no puede haber mayor preocupación que el de ocuparse por vivir hoy y por sobretodo vivir bien y feliz.

Comprendiendo que todo el tiempo invertido en conflictos, angustias, incertidumbres, zozobras, y viejos malos recuerdos representan muchas oportunidades perdidas, porque ese tiempo mal invertido no se recupera. Si bien es cierto que los individuos somos únicos y que ninguno se parece a otro aunque los una lazos de consanguinidad, también es cierto que somos parte de una colectividad donde nos unen por un conjunto de normas de convivencia e interrelación social.

Castillo. O, (2009), también nos señala como actúa la técnica de la bioenergética en pro de nuestro organismo a través de los principios básicos de la psicoterapia

1. La contracción de los músculos del cuello, cabeza y el cuerpo representan un mecanismo de defensa ante la presión de agentes tanto internos como externos, de allí que realizar actividades como gritar, golpear y patear le permiten a las personas poner en acción los músculos rígidos favoreciendo así la oxigenación de los órganos y liberación de energía
2. Esta técnica es contraria al abuso del lenguaje como mecanismo de defensa para evitar las emociones profundas. Considera que los gestos son mucho más elocuentes que cualquier dialogo. Basta con ver, sentir, tocar y oler al compañero para establecer comunicación

Nelson Torres (2004) en su libro *el del conflicto soy yo*, inicia un interesante dialogo con una frase capaz de hacer sacudir al más principiante lector **“Los Demás No Tienen Rollos, el del Conflicto Soy Yo”** e inicia el viaje lleno de reflexión e introspección de cómo las personas desarrollan inadecuado habito de buscar conflictos como un estilo de vida, cosa que pudiese sonar una locura, pero donde solo basta chequear sus argumentos, para descubrir el nivel de inconformismo con el cual se desenvuelve el hombre actualmente en la sociedad, como ejemplo el autor nos ilustra:

.”Igual sucede con el hombre o la mujer histórico e histórico donde, por ejemplo: hemos sexuado chévere, comido sabroso, rezado el rosario muy místico y de repente uno de los dos salta con el discurso... ¿Tú te acuerdas de aquella vez que estábamos en casa de los Rodríguez y te pusiste a bailar varias veces con aquella catira o catire y me marginaste toda la noche, a sabiendas que me dolía la cabeza, dime ¿Por qué lo hiciste?., pero mi amor – responde el otro - ¿Vas a empezar otra vez?.., si eso paso hace 14 años. ¿Para qué recuerdas eso ahora?.. Bueno, porque cada vez que me acuerdo vuelve la rabia..., pero no me has respondido ¿Por qué lo hiciste?”

Tal como concluye Torres, **“Somos seres históricos e históricos. Somos un conflicto ambulante”** por cuanto de generación en generación se transmite una errada educación, que la vida fluye en torno a las personas y no que las personas fluyen en torno a la vida, que si algo causa incomodidad o molestia, no es en el exterior que se debe buscar la solución sino dentro de nosotros mismo. Por otra parte el autor refiere que una adecuada actitud permite encontrarnos, reconocernos y aún algo más importante, disfrutar de la vida; Al igual que otros teóricos que proponen técnicas de autoconocimiento y autoayuda, Nelson Torres recomienda la risa, carga de alegría, actividad que requiere de disposición interna

de persistente disciplina, ya que no solo se trata de reírse de los conflictos, sino de abordarles positivamente y de comprender que **¡Nacimos para Ser Feliz y No hay Excusas!**

Aprender a estar abiertos a otras cosas que no solo son nuestros conflictos, miedos y angustias quizás no sea tarea fácil, pero tampoco algo tan difícil como para no intentarse, si se realiza una inspección ninguna persona nace caminando, es algo que aprendemos, ejercitamos y perfeccionamos de acuerdo a nuestras capacidades y habilidades. Darse la oportunidad de sentirse bien consigo mismo y con otros bien vale la pena intentarlo

Muchos de los problemas y angustias que representamos en nuestra vida está en ese conflicto interno y propiciado por las circunstancias culturales, educacionales y que propician en nosotros muchos miedos, el principal a vivrnos y a hacer esa búsqueda constante del placer, y no solo del placer sino de la misma felicidad, que en ocasiones nosotros mismos nos sabotamos, y cuando más cerca estamos de la estabilidad o de esa encuentro con el placer y felicidad buscamos algún pero que se anteponga ante esta situación. Tal vez porque no sabemos que pasara cuando llegue ese momento, esto debido a que al hacerlo nos olvidamos del resto y dejamos de cumplir las expectativas de los demás para cumplir las propias.

Técnicas de Control Activación Emocional

- La relajación progresiva de Jacobson
- El entrenamiento autógeno
- La meditación
- Técnicas de respiración
- Técnicas de biofeedback
- Técnicas Imaginación / visualización

Terapias Grupo / Grupos Autoayuda-Apoyo Social

Es una opción terapéutica efectiva en la medida que permite al paciente compartir sus recuerdos traumáticos en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por otras personas y el propio terapeuta. Compartir la propia experiencia y afrontar directamente la ira, ansiedad y culpa a menudo asociados a los recuerdos traumáticos permite a muchas personas afrontar de forma eficaz sus recuerdos, sus emociones e integrarlos de forma adaptativa en su vida cotidiana.

Algunos objetivos que pretende alcanzar las terapias de grupo son:

- Estabilizar las reacciones, tanto a nivel físico como psíquico, frente a la experiencia traumática.
- Explorar, compartir y afrontar emociones y percepciones.
- Aprender estrategias efectivas de resistencia y manejo ante el estrés.

Terapias Alternativas / Holísticas / Naturales

Engloban todo un conjunto de métodos, técnicas, filosofías y procedimientos con mayor o menor apoyo científico y que pueden ser utilizados, en solitario o en conjunción con otras estrategias, para el tratamiento de los problemas asociados al trastorno por estrés entre ellas

Acupuntura: Método terapéutico milenario, y parte integrante de la medicina tradicional china, basado en el uso de agujas para prevenir y tratar las enfermedades, estimulando los "canales energéticos" del cuerpo.

Aromaterapia. Sistema amplio de masajes a través de aceites naturales adaptados a fines específicos. Los aceites esenciales utilizados son destilados aromáticos extraídos de las plantas medicinales que concentran sus principales virtudes.

Ejercicio físico. El uso de la actividad física para mantenerse en forma, liberar tensión y mejorar el estado de ánimo.

Herboterapia. Uso de plantas y extractos vegetales para el tratamiento de trastornos específicos a partir de sus propiedades medicinales y/o nutritivas.

Homeopatía. Término derivado de dos vocablos griegos HOMEIO (similar) y PATHOS (sufrimiento). Usa remedios preparados a partir de sustancias que se presentan en la naturaleza para tratar a toda la persona, estimulando la tendencia del cuerpo a curarse por sí mismo. Utiliza dosis muy concretas de sustancias que en masivas dosis producen efectos similares a aquellos producidos por la enfermedad a tratar.

Masaje: Técnica manual dirigida fundamentalmente a la liberación de la tensión en los músculos.

Naturopatía. Enfatiza la "curación natural" y emplea tratamientos naturales tales como dietas específicas, masajes, hidroterapia, ejercicios y asesoramiento.

Reflexología. Un tipo de masaje, focalizado en "desbloquear" las 7.200 terminaciones nerviosas concentradas en los pies, con el objetivo de estimular los propios procesos curativos del cuerpo, y alcanzar un "estado equilibrado". Usado para el tratamiento de afecciones específicas y sentimientos generales de malestar.

Remedios florales de Bach. Se preparan con flores de hierbas silvestres, arbustos y árboles. Suelen utilizarse para "modificar" el humor del individuo y su estado mental, puesto que se sabe que el miedo, la aprehensión y la preocupación suelen interferir con los procesos curativos del cuerpo.

Shiatsu. Un enfoque, basado en el masaje, dirigido a corregir el "flujo de la energía" del cuerpo, a través de un tratamiento de contacto corporal. En japonés,

"shiatsu" significa «presión con los dedos», una presión que sustituye a las agujas de acupuntura en la estimulación de los canales energéticos

Taichi. Sistema tradicional chino basado en un movimiento físico suave, que permite al individuo canalizar su energía, su fuerza y su poder de modo más positivo.

Tratamiento nutricional (dietética). Se centra en mejorar el estado de ánimo a través de unos buenos hábitos dietéticos y una suplementación específica de determinados nutrientes (vitaminas, minerales, sustancias naturales.....etc....)

Yoga. Antiguo sistema de posturas corporales, control de respiración y prácticas de meditación que fomentan el bienestar general y el equilibrio interior.

Multivitaminas y Minerales - Tratamiento Estrés: Las vitaminas son sustancias químicas esenciales para el mantenimiento de las funciones metabólicas normales y, por lo tanto imprescindibles para la salud. Dado que el organismo es incapaz de sintetizarlas (excepto la D y la K), es necesario su aprovisionamiento desde el exterior. De especial interés entre las vitaminas y minerales son las que tienen propiedades antioxidantes, entre las más conocidas se encuentran las vitaminas C y E, la coenzima Q y el beta caroteno, otros antioxidantes importantes son el ácido glutámico entre los aminoácidos, el selenio entre los minerales,

Consejos útiles a fomentar como hábitos generales

- Mantener el cuerpo hidratado ayuda a bajar los niveles de ansiedad y estrés. Reducir cantidades de sal, café, alcohol y tabaco. Además de calmar los nervios, mejorará el aspecto general de la piel.
- Dormir lo suficiente y así reponer la energía necesaria para el normal funcionamiento del organismo. Entre siete u ocho horas se recomiendan

para mejorar la resistencia al estrés. Si las horas de sueño resultan escasas, es recomendable tomar una siesta no superior a 15 minutos.

- Estudiar y aprender, ejercita y mantiene ocupada la mente y no da lugar para malos pensamientos que pueden desencadenar también en estrés.
- Realizar actividades físicas tales como:
 - **Caminar:** No requiere gran esfuerzo y permite mejorar la circulación general. Para quienes permanecen sentados durante la mayor parte del día, realizar caminatas cortas pero diarias relaja el cuerpo y reduce el estrés.
 - **Practicar Deporte:** Mejora la salud cardiovascular, ayuda a eliminar grasas, quemar calorías y reduce tensiones y previene el estrés. En caso de practicar juegos de equipo con pretensiones competitivas, evitar enfrentamientos con los demás participantes.
- Desarrollar e integrarse a mayor y mejores relaciones sociales
- Reconocer la crítica y solicitarla, así como también expresar opiniones propias con honestidad. Pedir ayuda y de esta manera, reconocer a otra persona. También el desahogo con terceros es recomendable para reducir el estrés, pero en su justa medida teniendo en cuenta también a la otra persona.
- **En el Trabajo**
 - Adaptar el entorno laboral con fotografías, música favorita, y demás elementos que puedan ayudar a mejorar el desempeño profesional.
 - Medir las capacidades para evitar agotarse intentando hacer más tareas de las posibles.
 - Destrobar tareas que no avanzan, haciendo una pausa, y en lo posible retirarse del lugar por un momento o bien cambiar de tarea.

La Musicoterapia

Es un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas

Esta disciplina integra todas sus competencias para establecer una relación de ayuda socio-afectiva mediante actividades musicales en un encuadre adecuado, con el fin de promover o restablecer la salud de las personas que la realizan, satisfaciendo sus necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas y promoviendo cambios significativos en ellos.

Existen 2 tipos principales de música en relación con sus efectos: la música sedante, que es de naturaleza melódica sostenida, y se caracteriza por tener un ritmo regular, una dinámica predecible, consonancia armónica y un timbre vocal e instrumental reconocido con efectos tranquilizantes. La música estimulante, que aumenta la energía corporal, induce a la acción y estimula las emociones

La Comunicación Asertiva

La comunicación constituye uno de los pilares fundamentales de la existencia humana; es una dimensión a través de la cual se reafirma la condición de seres humanos. La persona capaz de mantener una comunicación interpersonal asertiva, contribuye al bienestar y calidad de vida de sí misma y de los demás. La condición del ser social, hace a los sujetos partícipes de las relaciones interpersonales y de la comunicación, desde el momento mismo de su nacimiento, la supervivencia y el desarrollo del individuo van a estar ineludiblemente vinculados a estas relaciones sociales y comunicativas

Según Zaldívar, D. (2010), un individuo competente en el desempeño de sus relaciones interpersonales, es aquel que cuenta con recursos personológicos, que le permiten utilizar y manejar de manera acertada y efectiva sus habilidades comunicativas, en dependencia de los diferentes contextos sociales en los que se desenvuelve.

Gran parte del tiempo de los individuos está comprometido en las comunicaciones interpersonales, la mayoría de sus necesidades se satisfacen a través de las relaciones con otras personas; estas interacciones, su calidad y el grado en que permitan dicha satisfacción, dependerán mayormente de la capacidad y habilidad para comunicarse de manera efectiva.

El autor mencionado señala que la comunicación asertiva, como medio para lograr una comunicación eficaz se basa en valores humanos que sólo pueden ser beneficiosos para las relaciones interpersonales. Una vez que los maestros comprenden realmente las metas, derechos y comportamientos asertivos, aprecian con prontitud su valor en promover el desarrollo de conceptos saludables de la estima personal y la habilidad interpersonal efectiva.

Las personas deben estar preparadas para manejar inteligentemente los conflictos interpersonales. Estos surgen naturalmente, debido a que los individuos poseen creencias, sentimientos y deseos divergentes. De no manejarse con cuidado, estos conflictos pueden causar sentimientos de inseguridad, exclusión, irritación y frustración.

Tales situaciones de tensión pueden prevenirse por medio de un comportamiento asertivo responsable. No obstante, muchas personas obvian el valor de promover el comportamiento asertivo. Algunas personas que se oponen al entrenamiento en asertividad debido a que confunden el comportamiento asertivo con el agresivo. Cuando estas personas escuchan la palabra “asertividad”, imaginan personas que demandan sus derechos en forma ruidosa y ofensiva. Dichas personas consideran que entrenar a alguien para ser asertivo significa convertirlo en un ser calculador y manipulador, que intenta controlar a los otros

con el objeto de lograr fines egoístas. Ellos temen que la asertividad transforme a personas agradables e seres rebeldes e irritables. Nada podría estar más alejado de la realidad, ya que esas características son típicas del comportamiento agresivo y no del comportamiento asertivo.

El hecho es que el comportamiento de las personas fluctúa entre la pasividad y la agresividad, y el comportamiento asertivo se ubica entre esos dos extremos. La asertividad se basa en valores humanos que sólo pueden ser beneficiosos para la comunicación interpersonal. Una vez que las personas comprenden realmente las metas, derechos y comportamientos asertivos, aprecian con prontitud su valor en promover el desarrollo de conceptos saludables de la autoestima y la habilidad interpersonal efectiva.

En un clima adecuado, los individuos pueden lograr sus derechos sin perjudicar a otros ni ir en contra de los derechos de los demás. La actuación asertiva ayuda a que las personas controlen su comportamiento (siendo menos temerosas y más expresivas sin llegar a la agresividad y hostilidad). Al aplicarse correctamente, la asertividad establece un balance de poder entre individuos en conflicto, de manera que cada uno obtenga provecho de la interrelación. El propósito no es someter a otros, sino más bien asegurar la satisfacción mutua en la resolución de conflictos.

La meta principal de la asertividad consiste en mejorar la auto imagen y aumentar la efectividad en situaciones sociales y profesionales. El comportamiento asertivo puede optimizar la contribución del individuo a la organización o en general a un contexto social. Sin embargo, este comportamiento puede lograrse solamente si comprendemos y respetamos los derechos individuales.

La comparación de los patrones de comportamiento asertivo, agresivo y pasivo, provee una visión sobre los beneficios personales, profesionales y organizacionales que aporta el conocimiento asertivo responsable.

El comportamiento pasivo ocurre cuando la persona renuncia a sus derechos por complacer a los demás. Los derechos de los individuos pasivos son violados, bien sea porque ignoran sus propias necesidades o porque permiten que otros abusen de sus derechos. Estas personas usualmente justifican su comportamiento con el supuesto deseo de no querer crear problemas o involucrarse en situaciones desagradables, Generalmente aceptan toda crítica, sintiéndose culpables y se disculpan aun cuando la crítica sea injusta.

Cuando surgen conflictos interpersonales inevitables, típicamente, las personas pasivas no expresan sus opiniones o sentimientos tratando de ocultarlos. Nuestra cultura promueve la pasividad al enseñar a los individuos a no expresar sentimientos por el miedo de ofender a otros. En realidad, tal comportamiento motiva a otros a aprovecharse de la situación y a infringir los derechos de la persona pasiva.

Los individuos sienten que deben comportarse asertivamente pero reaccionan con pasividad, disminuye su autoestima. Aunque algunos manifiestan admiración por las personas pasivas, lo que realmente les agrada es el no ser obstaculizado por ellas.

Aun cuando la pasividad ayuda a evitar los conflictos, las personas pasivas usualmente se sienten explotadas, no tomadas en cuenta, indefensas, molestas o resentidas. No sólo pierden el respeto de otros sino, aún más importante, el respeto propio.

Los efectos de la continua pasividad son acumulativos y en último término, devastadores. La pasividad continúa erosionando la autoconfianza y, en algunos casos, causa depresión severa y un sentido general de minusvalía. Los deseos de las personas pasivas son obviados en la mayoría de las situaciones y rara vez logran su pleno potencial.

Los individuos pasivos, pocas veces aceptan la responsabilidad por la

calidad de sus vidas. Algunas veces, cuando se les presiona demasiado hacia una situación desagradable, pierden el control sobre sus emociones y reaccionan explosivamente. Sin embargo, lo más común es que jueguen al mártir silencioso, culpando secretamente a los demás por su falta de autoestima. Rara vez se dan cuenta de su cuota de responsabilidad por su situación infeliz.

A diferencia del comportamiento pasivo, el comportamiento agresivo ocurre cuando las personas pelean por sus derechos de tal manera que llegan a violar los derechos de los demás. Los individuos agresivos con frecuencia se comportan ofensivamente y utilizan el sarcasmo y la intimidación para dominar a otros. Tienden a emitir señales sutiles de que crean climas de comunicación defensiva y provocan discusiones y hostilidades en lugar de promover la cooperación. Independientemente de cómo se manifieste, el comportamiento agresivo desmoraliza a los demás.

El comportamiento agresivo puede promover un círculo vicioso. Las personas agresivas discuten a menudo para defenderse de las críticas que ni siquiera han sido emitidas. Ello se debe a su vulnerabilidad ante amenazas (reales o imaginarias). A su vez, el comportamiento promueve una reacción de antagonismo en los demás.

En efecto, las personas agresivas intentan destacar a costa de la autoestima de otros. El propósito de esta agresión es dominar o humillar a otros en lugar de expresar los sentimientos honestamente. En los encuentros agresivos, los participantes se ven forzados a adoptar posiciones antagónicas.

El comportamiento agresivo se manifiesta de muchas maneras, todas improductivas. Al igual que las personas pasivas, los individuos agresivos se preocupan por su incapacidad de establecer relaciones amistosas y resolver conflictos satisfactoriamente. A largo plazo, el comportamiento agresivo sólo produce consecuencias desfavorables: nadie gana, todos pierden.

El comportamiento asertivo ocurre cuando los individuos defienden sus

derechos sin que ello implique violar los derechos de los demás. La asertividad implica expresiones directas, honestas y apropiadas de nuestras creencias, necesidades y sentimientos. Significa auto respeto; es decir, valorarse a uno mismo y tratarse con tanta inteligencia y consideración como merece cualquier ser humano.

Al comunicarnos con personas agresivas, podemos saber cuáles son sus posiciones, ya que expresan lo que piensan. Sin embargo, la asertividad no implica que uno pueda hacer o decir cualquier cosa bajo el pretexto de la franqueza. El comportamiento asertivo maduro nos lleva a ser responsables de nuestras acciones.

Debido a que las personas asertivas consideran que todos los individuos tienen iguales derechos a expresarse honestamente, demuestran que respetan a los demás tanto como a sí mismos. Por lo tanto, el comportamiento asertivo aumenta la autoestima, conlleva al desarrollo del respeto mutuo y al logro de las metas propias sin sacrificar la de otros.

No obstante, los individuos asertivos no siempre logran lo que desean. Se puede ser asertivo y realizar algo que no deseamos hacer, si alguien lo requiere verdaderamente. Sin embargo, no es asertivo el hacer algo que otra persona desea si tenemos resentimientos al respecto. Las personas asertivas buscan lograr el equilibrio entre estar excesivamente preocupadas por los demás – al punto de olvidar sus propias necesidades y el de ser egoístas. El comportamiento asertivo reduce las posibilidades de dañar, culpar o alienar a otros.

Dar a conocer nuestras necesidades y tomar responsabilidades por nuestras acciones, disminuye la tendencia a culpar a otros o a vengarse de ellos cuando no se alcanzan las metas propuestas.

Las personas asertivas pueden escuchar las críticas, evaluarlas si son pertinentes y luego negociar los cambios de comportamiento deseables.

Mientras que el comportamiento agresivo sacrifica los derechos de un individuo para que otro se beneficie, el comportamiento asertivo se enfoca en negociar cambios de comportamientos razonables y mutuamente beneficiosos.

Teoría del aprendizaje social de Eric Erickson (1980).

De acuerdo a la teoría de Erickson las relaciones que se establecen tanto en la familia como en la relación cuidador informal y adulto mayor dependiente con todas sus características buscan satisfacer las expectativas de cada una de las personas involucradas, y el éxito o fracaso de esa interacción está determinada en cómo se integran las partes en esa relación, lo cual influye directamente en su personalidad.

Desde el punto de vista psicoanalítico Erickson afirma, que la personalidad se mantiene porque hay una compulsión a la repetición desde niños, las personas adquieren hábitos y costumbres los cuales adapta y condicionan a su forma de ser, una vez llegada la edad adulta el tener que asumir nuevos roles como en el caso de cuidador informal trae consigo una serie de factores limitantes para los cuales no está condicionado, tales como la falta de apoyo familiar, limitaciones para satisfacer sus necesidades básicas y afectivas así como el poco tiempo disponible para sí mismo, hacen que con el pasar del tiempo su personalidad se vuelva menos expresiva lo cual incide directamente en la forma de expresar y comunicarse entre el cuidador el paciente y su núcleo familiar, por quienes en ocasiones no comprenden el origen de actitudes hostiles.

El logro de una adecuada relación interpersonal entre el cuidador, el paciente dependiente y la familia se fundamenta en una adecuada comunicación asertiva a través de la cual las partes sean capaces de expresar sus sentimientos y

necesidades de manera efectiva, sin que la otra parte se sienta agredida u abandonada.

Estilos de Relación Interpersonal y La Comunicación Asertiva

Se definen diferentes estilos de relación para clasificar de alguna manera las tendencias en las relaciones interpersonales entre las personas, no ajenas a ellas la que tiene origen entre el cuidador informal y el adulto mayor dependiente, entre los estilos de relaciones interpersonales esta: El Estilo Agresivo. El Estilo Manipulador. El Estilo Pasivo y El Estilo Asertivo.

Para hacer esa clasificación se tiene en cuenta:

- Si defiende los intereses propios.
- Si muestra los sentimientos y pensamientos de forma clara.
- Si respeta los derechos de los demás.
- Si acepta los sentimientos y pensamientos de los demás.
- Si manifiesta la discrepancia.
- Si pide explicaciones al no entender.
- Si sabe decir que no.

Por un lado están los que saben mostrar disconformidad y saben decir que no. Son el estilo agresivo y asertivo. La diferencia consiste en que antes de decir que no, el asertivo explica su opinión, oye la opinión de los otros, pide aclaraciones y discute. Toma en cuenta la opinión y sentimientos de los demás y los respeta. El agresivo no explica bien su opinión, no toma en cuenta la opinión de los demás (a menudo ni oye), amenaza, asusta, acusa, apremia y agrede. No toma en cuenta ni respeta las ideas y sentimientos de los demás. A menudo toma

decisiones sin consultar. Tanto unos como otros manifiestan con claridad sus preferencias.

En otro grupo están los que no saben decir que no, los que no saben manifestar disconformidad, los que no saben manifestar sus pensamientos, sentimientos y prioridades con claridad. El pasivo aparentemente acepta la opinión de los demás. En la comunicación tiende a devaluarse, y utiliza a menudo expresiones de sumisión y autoculpabilización. A pesar de no estar de acuerdo, muestra conformidad con tal de no enfrentarse. Acumula hostilidad y rencor que lo descarga de forma desproporcionada en lugares y momentos inadecuados.

La característica del manipulador es la ambigüedad. No sabe decir que no y no muestra su disconformidad (por lo menos de forma clara). Por conseguir lo que se propone disfraza los auténticos sentimientos y pensamientos. Divaga antes de entrar en materia. Utiliza la adulación y las alabanzas para dominar al contrario. Se contradice sin parar. Habla mucho y a menudo, confunde a los demás y los lleva por donde quiere. Es un falso escuchador, puesto que hace como que escucha, pero no para de interrumpir a los demás, dificultando su participación.

El más adecuado es el estilo asertivo. Es capaz de enfrentarse con éxito a cualquier estilo de relación. La persona asertiva es auténtica pues manifiesta lo que piensa y lo que siente. Respeta ideas y sentimientos de los demás sabe escuchar, y le resultará más fácil empatizar y aceptar incondicionalmente a los demás. Puesto que explica su punto de vista, y muestra claramente sus preferencias, comunica de forma eficaz.

Yagosesky R. (2005), por su parte, en su artículo tipo descriptivo denominado “*La Comunicación Asertiva*”, el cual tuvo como objetivo suministrar herramientas para alcanzar una comunicación adecuada que permita establecer vínculos satisfactorios y efectivos, la definió como “una forma de comunicación basada en el respeto por uno mismo y por los demás. Implica poder expresar de manera clara, directa y honesta aquello que se considera justo para cada uno y que obedece a lo que se siente y desea realmente.”. A través del empleo de la asertividad, el autor concluyó que se obtienen una serie de beneficios, como son: un aumento de la autoconfianza ante la posibilidad de expresarse con autenticidad; establecer relaciones de mayor calidad basadas en la sinceridad; reducir al mínimo la posibilidad de malos entendidos; vencer gradualmente el sentimiento de culpa que se padece cuando no se dice lo que se piensa; suprimir la tendencia a la agresividad típica del resentimiento y la acumulación de situaciones inconclusas; y muy especialmente, impedir que las personas manipulen y abusen de los demás

Habilidades de la Persona Asertiva

El hecho de ser asertivo hace que la persona se controle a sí misma, que se exprese franca y honestamente, sin sentimientos de ansiedad y culpabilidad, esto facilita la integración y la comunicación con el resto de las personas. Podemos decir entonces, que la comunicación asertiva es cuando la persona es capaz de expresar sus sentimientos, pensamientos y deseos; y defender sus derechos sin violar los de los demás, cuando se está abierto a la negociación, al diálogo y al compromiso, lo cual favorece la confianza en la mejora la imagen social, promueve el respeto de los demás, posibilitando las negociaciones y los logros de los objetivos comunicacionales.

CONCLUSIONES

En este estudio se puede concluir que los hallazgos socio demográficos encontrados en el grupo de cuidadores informales que tienen a su cargo los adultos mayores dependientes, que asisten a la Consulta de Psicogeriatría de la FCS/UC, son coincidentes con la mayoría de las investigaciones nacionales e internacionales, aportando un perfil, de género femenino, con edades comprendidas en el grupo etario “Sándwich” entre 45 y 65 años, cuyo parentesco en su mayoría son hijas del dependiente y en el caso de ser esposas estaban comprendidas en grupos etarios superiores y en mayor frecuencia con un 57% resultaron ser cuidadoras únicas.

Los elementos del síndrome de sobrecarga que inciden en el bienestar biopsicosocial del grupo de cuidadoras encuestadas, extraídos de la aplicación del Test de sobrecarga de Zarit, pusieron de manifiesto común (50%) de frecuencia aquellos relacionados con la esfera socioemocional y se manifestaron con mayor severidad en las cuidadoras más jóvenes, por verse más obstaculizadas sus aspiraciones de crecimiento personal y vida social, con respecto a los grupos etarios mayores.

La viabilidad del diseño y aplicación de un programa de Orientación dirigido a minimizar los efectos del Síndrome de Sobrecarga se fundamentó en que el Departamento de Salud Mental de la FCS donde se desarrolla la Consulta mencionada, dispone de los recursos humanos, materiales, y de infraestructura necesarios para hacer factible su implementación.

El diseño de la propuesta del programa de Orientación, se adaptó a los elementos diagnosticados que afectan al grupo de cuidadoras estudiadas incorporando estrategias para minimizar los efectos del Síndrome de Sobrecarga. Seleccionándose un proyecto de Orientación socio-educativo para el “Fortalecimiento y Desarrollo del Bienestar Integral del Cuidador Informal del Adulto Mayor Dependiente.”

Finalmente se concluye que el presente modelo de investigación, resulta muy útil para la planificación de programas similares dirigidos a promocionar la salud y a prevenir efectos adversos en determinadas áreas de la Salud Mental, debido a que la selección de las estrategias a implementar en los programas de Orientación, se sustentan en un diagnóstico de las necesidades a abordar y la factibilidad de su aplicación, evitando improvisaciones que pueden desvirtuar las bondades de los programas de Orientación.

RECOMENDACIONES

Por la importancia y trascendencia que representa este tema en el contexto social y sus repercusiones socioeconómicas a futuro, se recomienda su divulgación en el ámbito científico para que sirva de proyecto piloto para futuras investigaciones en esta área, que cada vez se incrementará más su necesidad.

Se recomienda repetir experiencias similares con el fin de que los resultados sean compartidos con pares de la mención Orientación, haciendo perfectible un proyecto permanente en el área de la promoción de la salud de los cuidadores informales.

Se recomienda la aplicación de esta propuesta a las cuidadoras de los adultos mayores dependientes que asisten a la Consulta de Psicogeriatría de la FCS/UC con la finalidad de beneficiar a esa población minimizando los efectos de la sobrecarga que su tarea implica y hacer perfectible la propuesta con las experiencias obtenidas.

Crear una Unidad de Orientación en la Consulta mencionada, dirigida no solo a la promoción de la salud en los cuidadores, sino además fomentar la prevención del síndrome de sobrecarga en las familias que tendrán en su seno adultos mayores dependientes y de esta manera preparar a las nuevas generaciones para enfrentar esta nueva realidad socioemocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aldana González G, García Gómez L. (2011) **La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica**. Aquichan. ;22(2):158-172.

Anzola R (1993) Promoción de la salud como estrategia en el cuidado humano del adulto mayor. <http://www.monografias.com/trabajos82/cuidado-humano-cuidador-informal-adulto-alzheimer/cuidado-humano-cuidador-informal-adulto-alzheimer2.shtml>

Barry J. Jacobs(2008) **Cuidadores**: Una guía práctica para la supervivencia emocional. Escrito por PAG. 28 Y 29 (Significado del cuidador) Ediciones Paidós 2008 Barcelona España. <http://books.google.co.ve/books?id=l-DnqCJahuoC&printsec=frontcover&dq=repercusiones+para+el+cuidador&hl=es&sa=X&ei=A19qUqXsAYiSkQeivYCYAg&ved=0C4Q6AEwAA#v=onepage&q=repercusiones%20para%20el%20cuidador&f=false>

Bódalo-Lozano E.(2010)**Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes**. Portularia. 10(1):85-97

Bover (2004) **Cuidadores familiares**: <http://www.cuidadoresfamiliares.org/index2.html> Cruz Roja Española sobre cuidadores: <http://www.sercuidador.org> FamilyCaregiver Alliance: http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=5

45 Fundación Cuidemos Cuidadores:
<http://www.fundacioncuidemoscuidadores.org> Instituto Nacional
de Estadística: <http://www.ine.es> Institut d'Estadística de
Catalunya: <http://www.idescat.cat> Portal Mayores(portal
especializado en Geriatria y Gerontologia):
[http://www.imsersomayores.scic.es/productos/dependencia/index.h
tml](http://www.imsersomayores.scic.es/productos/dependencia/index.html)

Castillo, O (2009). **Dinámica de Grupo y Juegos Cooperativos, Destrezas del facilitador en la organización.** Venezuela: Valencia

Certo. S (2001). **Planificación Estratégica.** pag.354. Editorial Pearson Educación. Colombia

Crespo M. López J. (2007) **El apoyo a los cuidadores de familiares dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Como mantener su bienestar"**. Colección Estudios. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
<http://books.google.co.ve/books?id=0uaEKGQw5IC&pg=PA40&dq=repercusiones+para+el+cuidador&hl=es&sa=X&ei=Al9qUqXsAYiSkQeiYCYAg&ved=0CD0Q6AEwAw#v=onepage&q=repercusiones%20para%20el%20cuidador&f=false>

Da Silva MJ, Braga Marques M, Da Silva Bruno CT. (2009) **Evaluación de la presencia del síndrome de Bournout en cuidadores de ancianos.** Enferm Global [Internet] 2009 Jun [citado 5 dic 2011];8(16): [aprox. 11 p.]. Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/65451/65721>

Del Aguila, R. (2012) **Promoción de la Salud**. Consultor de la OPS
<http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111#comment-592>

Dr. Roberto del Aguila Consultor de la OPS
<http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111#comment-592>

Fernández, A (2007). **Sobre carga del cuidador inmigrante no profesional formal**. Barcelona España. [On line] disponible en <http://www.tdx.cat/handle/10803/9333>

Ferré-Grau C; Rodero-Sánchez V; Cid-Buera D; Vives-Relats C; Aparicio-Casals MR. **Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria**. (2011) Tarragona: Publidisa ;
<http://www.urv.cat/dinfern/media/upload/arxiu/guia%20cuidados%20infermeria.pdf>

Fuente R., YM de la, González L., L, Guzmán T., M. (2011) **El desarrollo del sistema de atención a la dependencia y las personas cuidadoras en España: necesidades de atención y nuevas vías de apoyo**. Potularia.;10(1):75-85.

García-Piñán, A. (2004). BurnOut. Psicología, 59: 42-5.
<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>

Gómez M. Sancho. J., Grau A. (2006) **Dolor y sufrimiento al final de la vida** Arian Editores Madrid España.
<http://books.google.co.ve/books?id=7oCz-d9KV-gC&pg=PA411&dq=repercusiones+para+el+cuidador&hl=es&sa=X&ei=ZWlqUpX0LMqAkQeqsoDAAg&ved=0CDIQ6AEwATgK>

[#v=onepage&q=repercusiones%20para%20el%20cuidador&f=fals
e](#)

Gómez., M; Sabeh., E (2011). **Calidad De Vida. Evolución Del Concepto Y Su Influencia En La Investigación Y La Práctica.** Instituto universitario de integración en la comunidad. En línea. Citado el 12 de febrero de 2011. Disponible en internet: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
<http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/cuidar-enfermo-cronico.shtml>

Jiménez (2013). **Promoción de la Salud y Bienestar.** Extraído el 1 de junio del 2013 desde: http://elimpulso.com/articulo/promocion-de-la-salud-y-bienestar#.UdNPZzuj_ckw

Joselin Jerez. Consultado 1 de febrero 2014
http://www.adultosmayores.org.ve/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=78:ila-poblacion-de-la-tercera-edad-se-duplicara-antes-de-2030&catid=36:informaciones&Itemid=53

Ley de Servicios Sociales en Venezuela
http://www.inass.gob.ve/images//stories/ley_servicios_sociales.pdf

Ley Plan de la Patria 2.013 – 2.019.
http://www.asambleanacional.gov.ve//uploads/botones/bot_90998c61a54764da3be94c3715079a7e74416eba.pdf

Lowen (2010, 10). **La Bioenergetica...** *BuenasTareas.com*. Recuperado 10, 2010, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Bioenergetica/910456.html>

Martínez R., T(2010) **Centros de atención diurna para personas mayores: atención a las situaciones.** Capítulo 5 – 2 y 3 Necesidades de las familias cuidadoras y actuaciones de apoyo) 2010 Editorial Médica Panamericana Madrid España.http://books.google.co.ve/books?id=_BijbtH4wCIC&pg=PA122&dq=repercusiones+para+el+cuidador&hl=es&sa=X&ei=A19qUqXsAYiSkQeivYCYAg&ved=0CEMQ6AEwBA#v=onepage&q=repercusiones%20para%20el%20cuidador&f=false

Ormaechea. A. (2010) **El enfermo crónico y el cuidador** *Estrés y Distres* BuenasTareas.com <http://www.buenastareas.com/ensayos/Estrés-y-Distres/482396.html>

Orueta-S., R, Gómez-Calcerrada RM, Gómez-Caro S, Sánchez-Oropesa A, López Gil MJ, Toledano-Sierra P.(2011) **Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes.** *Aten Primaria.*; 43(9):490-496.

Palacios, T (2005) **Conocimiento del Grupo Familiar y la Prevención de Accidentes en el Adulto Mayor antes y después de participar en un Programa Educativo.** Trabajo de Grado. Universidad de Carabobo Valencia – Venezuela

Pécuro Carrasco JA, Rodríguez Bouza M, Casal SánchezMM, Rodríguez Ruiz HJ, Pérez de los Santos OC, Martín Tello JM. (2006) **Cansancio del cuidador informal en la asistencia sanitaria urgente extrahospitalaria.** *Tempus vitalisEsp* [Internet]. ; 6(1): [aprox. 6 p.] Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/descargas/articulos/2005vol5num2/3proyecto52.pdf>

Pérez P., A, García O., L, Rodríguez S., E, Losada B., A, Porras Santos N, Gómez Marcos MA.(2009) **Función familiar y salud mental del**

cuidador de familias con dependencia. Aten Primaria.
;41(11):621-8.

Revista Clínica Médica (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, *versión impresa* ISSN 1699-695X
RevClinMedFam v.2 n.7 Albacete jun. 2009<http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2009000200004> .

Rivera B, Casal B, Currais L. (2009)**Provisión de cuidados informales y enfermedad de Alzheimer: valoración económica y estudio de la variabilidad del tiempo.** Hacienda Pública Esp.;189(2):107-130.

Rivera, J. (2001). **Redes Familiares en el Cuidado del Anciano con Demencia.** Análisis evolutivo de un estudio poblacional. Madrid: Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid.

Roselin Jerez (1 de febrero 2014) La Población de Adultos Mayores se Duplicara antes de 2030
http://www.adultosmayores.org.ve/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=78:ila-poblacion-de-la-tercera-edad-se-duplicara-antes-de-2030&catid=36:informaciones&Itemid=53

Teoría de la Conducta o del Comportamiento:
<http://www.slideshare.net/yezita12/teora-de-la-conducta-o-del-comportamiento>

Tirado Pedregosa G.(2009)**Apoyo social en el cansancio del rol del cuidador**. Evidentia [Internet]. 2009 Ene- Mar [citado 5 dic 2011];6(25): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n25/ev0625.php>

Torres J., N (2004) **El del Conflicto soy Yo**. Editorial Grainca. Venezuela.

Ubiergo MC, Regoyos Ruiz S, Vico Gavilán MV, Reyes Molina R.(2005) **El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal**. EnfermClín.15(4):199-205.

Vélez (2012). Extraído 1 de junio del 2013 **Definición de salud según la OMS**.: <http://www.slideshare.net/gardelvelez/definicion-de-salud-segn-oms>

Zambrano, A (2003) **El Cuidar de Sí como Valor Enfermería**. Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo. Valencia - Venezuela

ANEXO

PRESUPUESTO DEL PROGRAMA

Definición de costos

ACTIVIDADES	REQUERIMIENTOS	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Taller 1 Conciencia Situacional	Material de apoyo, refrigerio	1200	1200
Taller 2 Hábitos Saludables	Material de apoyo, refrigerio	600	600
Taller 3 Salud y Bienestar	Material de apoyo, refrigerio	600	600
Charla 1 Cambiando para ser feliz	Refrigerio Ambientación	1000	1000
Charla 2 ¿Tus necesidades son iguales a las mías?	Refrigerio Ambientación	1000	1000
Taller 4 ¿Estresado Yo?	Material de apoyo, Refrigerio Ambientación	1200	1200
Taller 5 Controlando el Estrés	Refrigerio Ambientación	1000	1000
Charla 3 “El control”	Refrigerio Ambientación	1000	1000
Taller 6 Activación Emocional	Material de apoyo, refrigerio	600	600
Taller 7 Cambiando mis Hábitos	Material de apoyo, refrigerio	900	900
Charla 4 “Musicoterapia, Bailando con mi ser”	Material de apoyo, Refrigerio Ambientación	1000	1000
Taller 8 “Ey! Es contigo”	Material de apoyo, refrigerio	900	900
Charla 5 “Alcanzando el éxito”	Material de apoyo, Refrigerio Ambientación	1000	1000