

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE
RESILIENCIA PARA CUIDADORES
PRIMARIOS INFORMALES DE ADULTOS MAYORES
DEPENDIENTES

MODALIDAD DE TITULACIÓN:
TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
FRIDA GUADALUPE ZEMPOALTECATL MORENO

DIRIGIDA POR:
DRA. MA. ALICIA MORENO SALAZAR

FECHA:
ENERO 2018

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| Introducción..... | i |
| CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN..... | 1 |
| 1.1 Antecedentes..... | 1 |
| 1.2 Planteamiento del problema..... | 7 |
| 1.3 Objetivos..... | 9 |
| 1.3.1 Objetivo general..... | 9 |
| 1.3.2 Objetivos específicos..... | 9 |
| 1.6 Justificación..... | 10 |
| 1.7 Hipótesis..... | 11 |
| 1.8 Definición de variables..... | 12 |
| | |
| CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO..... | 13 |
| 2.1 La persona cuidada: el adulto mayor..... | 13 |
| 2.1.1 Definición de adultez mayor..... | 13 |
| 2.1.2 Estadísticas poblacionales de adultez mayor..... | 15 |
| 2.1.3 ¿La adultez mayor es sinónimo de cuidados?..... | 17 |
| 2.1.3.1 Dependencia y cuidados informales..... | 23 |
| | |
| 2.2 Resiliencia..... | 25 |
| 2.2.1 Resiliencia: Antecedentes..... | 25 |
| 2.2.2 Definición de resiliencia y su diferencia con otros términos..... | 29 |
| 2.2.2.1 Definición de resiliencia..... | 29 |
| 2.2.2.2 Diferencias entre resiliencia y otros términos..... | 33 |
| 2.2.3 Posturas teóricas sobre la resiliencia..... | 35 |
| 2.2.4 Áreas que integran a la resiliencia..... | 36 |
| 2.2.5 Instrumentos y medición de la resiliencia en diversos contextos..... | 43 |
| | |
| 2.3 El cuidado, el cuidador y la persona cuidada..... | 51 |
| 2.3.1 Cuidado: definición y diferencia con otros términos..... | 51 |
| 2.3.1.1 Tipos de cuidado: similitudes y diferencias..... | 55 |

| | |
|--|-----------|
| 2.3.2 El cuidador y el cuidado informal..... | 57 |
| 2.3.2.1 Contexto social del Cuidador Informal..... | 59 |
| 2.3.2.2 Las repercusiones del cuidado..... | 64 |
| 2.3.2.3 La resiliencia, una opción para cuidar a quien cuida..... | 68 |
| 2.4 Programas de intervención psicoeducativos..... | 70 |
| 2.4.1 Definición de: programa de intervención psicoeducativo..... | 70 |
| 2.4.2 Los programas de intervención psicoeducativos para desarrollar resiliencia en cuidadores informales de adultos mayores..... | 75 |
| CAPÍTULO III. MÉTODO..... | 78 |
| 3.1 Diseño de la investigación..... | 78 |
| 3.2 Enfoque..... | 79 |
| 3.3 Alcance..... | 79 |
| 3.4 Población y muestra..... | 79 |
| 3.5 Instrumentos..... | 80 |
| 3.6 Procedimiento para el diseño y el pilotaje del programa psicoeducativo de resiliencia..... | 83 |
| 3.6.1 Procedimiento para el diseño del programa..... | 83 |
| 3.6.2 Procedimiento para el pilotaje..... | 86 |
| 3.7 Plan de análisis estadístico..... | 87 |
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS..... | 88 |
| 4.1 Resultados del primer momento..... | 88 |
| 4.1.1 El diseño del programa..... | 88 |
| 4.1.2 Primer análisis estadístico de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) | 98 |
| 4.1.3 Resultados del análisis descriptivo del Cuestionario de datos sociodemográficos y del cuidado informal..... | 99 |
| 4.2 Resultados del segundo momento..... | 100 |

| | |
|--|------------|
| 4.2.1 Segundo análisis estadístico, posterior al pilotaje del programa psicoeducativo de resiliencia en La Casa del Abue..... | 100 |
| CAPÍTULO V. CONCLUSIONES..... | 108 |
| 5. 1 Conclusiones sobre el diseño del programa de intervención psicoeducativo de resiliencia..... | 108 |
| 5. 2 Conclusiones sobre el pilotaje..... | 109 |
| 5. 3 Limitaciones del estudio..... | 113 |
| 5.3.1 Limitaciones sobre el diseño del programa de intervención psicoeducativo de resiliencia..... | 113 |
| 5.3.2 Limitaciones del pilotaje..... | 114 |
| CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 116 |
| CAPÍTULO VII. ANEXOS..... | 131 |

AGRADECIMIENTOS

Soy el resultado de un conjunto de personas conocidas y por conocer, soy el pasado y el presente de una generación. Yo soy todas y todos ustedes. Muchas gracias por ser parte de mí.

A mi familia, particularmente, a mi madre y a mi abuelo.

A mis amigos y amigas (mi segunda familia) especialmente a Aurora, Iván y Andrés.

A mis maestros y maestras de la universidad y de la vida.

A mi lector y lectora externos encargados de revisar el diseño del programa: el Psic. Byron Eduardo Suárez Duarte y la Dra. Dora Domínguez Bordes.

A las instituciones involucradas y sobre todo a las personas que están encargadas de cada una, particularmente a: La Casa del Abue, a la Unidad de Promoción del Derecho a la Educación (UNIPRODE), al Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Puebla (CONCYTEP) y a la Facultad de Psicología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), con especial mención a la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado (SIEP) y a la Coordinación de Planeación, de la misma.

A las y los cuidadores informales de adultos mayores que hicieron posible esto.

A todas las personas adultas mayores con quienes he trabajado y con quienes trabajaré.

Les llevaré siempre en mi corazón.

**AGRADECIMIENTOS ESPECIALES PARA EL CONSEJO DE CIENCIA Y
TECNOLOGÍA DEL ESTADO DE PUEBLA (CONCYTEP), POR LA BECA
OTORGADA**

*“Esta investigación fue realizada gracias al
apoyo del Consejo de Ciencia y Tecnología
del Estado de Puebla (CONCYTEP)”*

**AGRADECIMIENTOS ESPECIALES PARA LA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA (BUAP), POR LA BECA OTORGADA**

*“Esta investigación fue realizada gracias al
apoyo de la Facultad de Psicología de la
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
(BUAP)”*

Introducción

¿Cuánto tiempo te falta para que llegues a “viejo”¹?

La humanidad planea hacia el futuro buscando que el presente ayude a forjar ese futuro. De entre tantas cosas por mirar en el presente, y que repercutirá en el futuro de cualquier persona, está la adultez mayor dado el incremento de personas mayores de 60 años. Al respecto, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) menciona que: “en 2014, del total de adultos mayores (60 años y más) 26% tiene discapacidad y 36.1% posee alguna limitación.” (párr. 2), lleva a pronosticar un nivel de dependencia en más del 60% de la población mexicana que se dirige a esta etapa y que por cuestiones político-económicas aumenta la posibilidad de requerir un cuidado de tipo informal, es decir, depender del cuidado de una persona no capacitada profesionalmente para ello, también llamado Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF).

Esta situación pone de manifiesto las necesidades de los adultos mayores dependientes, pero también de aquellos que les cuidan informalmente. Situación que forma la línea de interés de este trabajo y general esta investigación nombra; ejemplos de programas de intervención psicoeducativos, los términos de la resiliencia, el cuidado informal y la adultez mayor, centrándose en los programas que atienden al CPIF sin conocimientos profesionales para cuidar del adulto mayor. Para ello, se explicará cómo se alcanzó el objetivo general, que consistió en diseñar un programa de intervención psicoeducativo de resiliencia con técnicas cognitivo conductuales, llamado; “Cuidando al cuidador”, este incluyó la medición de la resiliencia con la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) y el llenado de datos sociodemográficos. También se muestra el pilotaje del programa, el cual no fue contemplado en un inicio y por ello no formó parte del objetivo a alcanzar.

Por último, se aclara que el lenguaje de género no fue utilizado, pero siempre se reconoció el papel predominantemente femenino para la labor del cuidado, pues a este género se le ha atribuido el “deber ancestral” del cuidado, lo que ha contribuido a la invisibilidad tanto en lo social y lamentablemente en la investigación.

¹ Puesto que el origen de este término es despectivo, se ha decidido retomarlo de manera sarcástica para hacer evidente la incoherencia del mismo.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN

1.1 Antecedentes

El término resiliencia tiene su origen en la Física y en la Ingeniería Civil, ciencias que la entienden como “la resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe. La fragilidad de un cuerpo decrece al aumentar la resistencia” (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla citados en Becoña, 2006). La adaptación del término a las Ciencias Sociales comenzó a en los años 60 y/o finales de los 70 (Uriarte Arciniega, 2005 y Kotliarenco, Cáceres y Fortencilla, 1997) y de ella se derivan al menos dos posturas que Fernández- Lansac y Crespo (2011) mencionan:

a) La primera muestra a la resiliencia “como *resultado* de un exitoso proceso de adaptación (o como el mismo *proceso*) que incluye, además de la ausencia de sintomatología significativa, aspectos relativos al adecuado funcionamiento de la persona” (p. 23) que persiste a lo largo del tiempo.

b) La segunda postura “sitúa a la resiliencia en el plano intrapsíquico [y] ha posibilitado el desarrollo de escalas específicas para medirla” (p. 24) gracias a que esta es entendida como “la capacidad del sujeto para afrontar una situación vital estresante sin que su salud física y psicológica se vea gravemente comprometida, ni su funcionamiento habitual alterado.” (p. 24). Ello implica asumir, que la resiliencia no la poseen unas cuantas personas, sino que es algo que se puede aprender y desarrollar, de tal modo que el diseño de programas para su incremento es posible. Por tanto, la presente investigación ha utilizado ésta última postura.

Uno de los principales argumentos para la creación de programas de resiliencia para el Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF) está en: el incremento de la población adulta mayor (de la cual una gran parte requerirá este tipo de cuidado), así como la demanda de necesidades, principalmente de salud, a las que se le aunarán las del cuidador, pues muchos de ellos serán propensos a afectaciones o enfermedades físicas y padecimientos psicológicos ocasionados por la incertidumbre de cómo realizar un cuidado adecuado, aún sin tener conocimientos profesionales.

Entonces, cuidar a quien cuida, ya no es una opción, es una necesidad social a la cual se debe atender. Ésta es la razón por la que se indagó sobre la definición de los términos utilizados y las investigaciones previas a ésta, seleccionando aquellas más acercadas al objetivo general, que sirvieron como guías para la creación del programa.

Respecto al uso de los términos como; resiliencia, cuidador informal (específicamente, Cuidador Primario Informal Familiar) fueron examinados a detalle en el marco teórico. Por ahora se muestra el primer término, que es el de resiliencia, esta se entendió como “la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Grotberg, 2001, p. 20) que para el caso es la labor del cuidado informal.

Mientras que la definición de Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF, en su abreviación) aludió al familiar que en su mayoría asume (explícita o implícitamente) la responsabilidad del cuidado de otra persona sin tener conocimientos previos para ello, ni remuneración económica por sus servicios, cumplir más de 6 meses de cuidado continuo, y enfrentarse a las necesidades de atención que requiere, en este caso, la persona adulta mayor. Se ha de mencionar que los CPIF también suelen ser llamados: cuidador informal², cuidador familiar³, cuidador primario⁴ u otros similares que fueron utilizados como equivalentes.

Teniendo en cuenta lo anterior, se pasa a la revisión de los estudios, en donde fue evidente la escasez de programas dirigidos hacia los CPIF de adultos mayores, pues, a pesar de existir programas, intervenciones, y otros esfuerzos dirigidos para desarrollar la resiliencia los cuidadores informales, la diferencia que se halló es que éstos son dirigidos a los CPIF de personas que se encuentran en etapas de la vida como: la niñez, la adolescencia y la adultez, pero no así en la adultez mayor. Además de que hubo otro decremento, cuando se buscaron bajo el enfoque psicoeducativo aun así se obtuvieron cuatro estudios donde los puntos examinados fueron: la muestra, las variables, los objetivos, el método, las conclusiones y/o los resultados en cada uno.

² Martínez López, Ramos del Río, Robles Rendón, Martínez, González y Figueroa López (2012).

³ Crespo López y López Martínez (2006).

⁴ Expósito Concepción (2008).

El primer estudio habla específicamente de la realización de un programa de intervención, el cual fue publicado en el 2007. Sus autores: Crespo López y López Martínez (2007), titularon a su investigación “El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar””, la cual tiene como perspectiva teórica un enfoque sociocultural, y fue realizada en un contexto español, específicamente en Madrid.

Los objetivos que se tuvieron corresponden a las dos fases de la investigación. Para la primera, el objetivo fue caracterizar al cuidador primario por medio una batería diseñada por Crespo López y López Martínez (2007), para que después, en la segunda fase, se pudiera alcanzar el objetivo de hacer un programa acorde a los requerimientos de estos cuidadores, y de ésta manera evitar las discrepancias, panaceas y efectos placebo sobre el problema por medio de una clara caracterización.

De manera general, el estudio concluyó que:

- El programa de manejo de estrés incrementó la salud mental.
- Se consiguió que los cuidadores utilicen el afrontamiento centrado en problemas.
- Y se notó un incremento de la satisfacción en el apoyo social.

Todo esto en el grupo intervenido en comparación con el grupo control, y se considera que el programa cumple con los requisitos de eficacia en tratamientos de Seligman⁵, además de dar resultados positivos en los cuidadores primarios de adultos con demencia. De la investigación de Crespo López y López Martínez (2007), se recalca la importancia designada a la caracterización de la muestra producto de la creación de una batería de pruebas acorde a los objetivos, siendo su principal aporte para esta investigación; la caracterización de la muestra y la generación del programa a partir de ello.

El segundo estudio analizado fue el realizado por Cerquera Córdoba y Pabón Poches (2015) en Bogotá, Colombia y se tituló “Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer”. Dicho estudio

5 Citado en Crespo López y López Martínez, 2007.

se realizó como una propuesta teórica puesto que no se llevó a la aplicación. En él se combinan los enfoques de investigación cualitativo y cuantitativo, y se considera la postura teórica cognitivo conductual, como la idónea para potenciar el desarrollo de la resiliencia, por ser multimodal y por abordar pensamientos, emociones y comportamientos, los cuales deberán de ser guiados hacia una perspectiva positiva del cuidado. Dicho estudio tuvo por objetivo principal el diseño de un modelo de intervención psicológica en resiliencia, en donde ésta se entendió como un proceso favorable de adaptación que no es ajeno a ser desarrollado por cualquier persona en cualquier etapa de su vida (Cerquera Córdoba & Pabón Poches, 2015).

En cuanto a la metodología del trabajo analizado, el enfoque cognitivo conductual se complementó con la propuesta metodológica de intervención comunitaria de Morí Sánchez (2008) la cual puede ser utilizada para estudios cualitativos y consta de ocho fases. También se valoró la calidad del servicio con la propuesta de Donabedian (2005) y se realizó una evaluación de estructura y proceso.

Cerquera Córdoba y Pabón Poches (2015), ven como candidatos idóneos para aplicar el modelo intervención, a los cuidadores informales de pacientes con demencia de Alzheimer, que cuenten con los siguientes requisitos:

- *Ser mayor de 18 años (sin ser necesario un límite de edad).
- *No importa su nacionalidad.
- *No importa su estrato socioeconómico.
- *Puedan asistir a 10 sesiones efectuadas una vez por semana con una duración de 90 minutos cada una.

Cerquera Córdoba y Pabón Poches (2015) llegaron a la siguiente conclusión: Es posible replicar éste modelo de intervención sin que sea una propuesta psicoeducativa o informativa, además de complementarlo con apoyo psicosocial para así contrarrestar los efectos adversos del cuidado en diferentes contextos.

Lo anterior, afirmó que se están haciendo investigaciones similares a la propia en contextos más cercanos al mexicano, como lo es Latinoamérica, en este caso, Colombia, que incitan el desarrollo de la resiliencia vista como capacidad. Este estudio también indica que se debe tomar una postura teórica que oriente sobre las

técnicas a implementar, y hacer una evaluación del programa por un cúmulo de expertos externos para disminuir sesgos y puntos ciegos.

El tercer estudio fue el Baros López et al. (2016) que se titula “Taller de Salud Mental: Programa psicoeducativo dirigido a comunidad de Adultos Jubilados de una Institución de gendarmería”. Este artículo fue uno de los mejores acercamientos para la realización del programa psicoeducativo de resiliencia, a pesar de que la población estudiada fueron adultos mayores jubilados y no cuidadores informales.

El objetivo del taller fue “desarrollar herramientas para la superación de problemas de la vida” (Baros López et al., 2016, párr. 1). En cuanto al método se realizó de la siguiente manera: 1) Se diseñó el programa psicoeducativo que constó de once sesiones; 2) Se dio información sobre los cambios fisiológicos y patológicos del envejecimiento; 3) Se aplicó la Escala de Resiliencia SV-RES 60 de Saavedra y Villalta (2008); 3) Se trabajó de manera grupal la resiliencia; 4) Al finalizar se volvió a medir el nivel de resiliencia para evaluar el impacto del taller en los participantes. De ello, los resultados obtenidos fueron: el incremento del nivel de resiliencia de un 49.8% a un 75.1%, que se tradujo en un ascenso de un nivel promedio a un nivel alto de resiliencia, indicado de efectividad en la metodología aplicada. La información útil que arroja este estudio es la combinación teórico- práctica para la formación de la resiliencia.

El último estudio fue el de Losada-Baltar, Fernández de Trocóniz, Montorio-Cerrato, Márquez-González y Pérez-Rojo (2004) titulado “Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia”, respecto a su objetivo general fue comparar que tan efectivas fueron dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de personas diagnosticadas con algún tipo de demencia. Uno de los programas fue de tipo cognitivo-conductual (PCC) y se encaminó a la modificación de pensamientos disfuncionales sobre el cuidado, mientras que el otro consistió en la formación de habilidades para la resolución de problemas (PSP) para los cuidadores, con el objetivo de modificar problemas de comportamiento de su pariente.

En esta investigación participaron un total de 71 cuidadores de los cuales sólo 31 completaron el estudio. Ambos programas se compararon con el grupo control y

los grupos de cuidadores fueron asignados aleatoriamente a cada experimento. Algunas características identificadas fueron depresión, estrés percibido y asociado al cuidado, problemas de conducta. En cuanto a los resultados que se obtuvieron se encontró que los cuidadores que participaron en el programa PCC mostraron menos estrés percibido que los otros dos grupos además de que el estrés asociado a problemas de comportamiento también aminoró, resultado que se corroboró por el seguimiento con las respuestas de los parientes de estos. Así también se identificaron menos pensamientos disfuncionales en comparación con los otros dos grupos. Estos resultados son muy útiles porque indicaron que tipo de contenido suele ser más eficaz para los cuidadores.

De los estudios antes expuesto, se retomaron como principales las aportaciones hechas por parte de los estudios psicoeducativos y en segundo lugar las investigaciones únicamente psicológicas, por la naturaleza de esta investigación. Las contribuciones de los estudios que fueron utilizadas para el propio diseño del programa de intervención psicoeducativo de resiliencia, son las siguientes: 1) la utilización de una definición de resiliencia que ayudó a su operacionalización a partir de sus componentes; 2) caracterización de la muestra de CPIF por medio de la utilización de uno o varios instrumentos; 3) elaboración del programa teniendo en cuenta una postura teórica y las mediciones hechas; 4) inclusión de temas teórico-prácticos sobre la labor de cuidado; 5) evaluación del programa diseñado por un grupo de expertos externos. Después de haber alcanzado el objetivo principal que consistió en diseñar un programa psicoeducativo de resiliencia, se vio la posibilidad de pilotarlo, aunque no se aplicó en su totalidad por cuestiones que en la discusión y los resultados se comentarán.

1.2 Planteamiento del problema

Tarde o temprano se será “viejo”, quizá más temprano de lo que se cree, así lo reflejan estudios a lo largo del mundo, que anuncian el incremento de la población en edad adulta mayor.

En México, según las estadísticas, del INEGI (2014) en el 2010 “en el país hay 21.3 adultos mayores por cada 100 niños” (p. 13) y particularmente en Puebla esta población es de 20.2 adultos mayores por cada 100 niños, situación que ya se lee en los medios periodísticos del estado como el diario *El Sol de Puebla* (2015, sección Local, p.11A). Ante esto la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) da una respuesta para salud pública mundial del adulto mayor “No basta con hacer más de lo que ya se está haciendo o con hacerlo mejor. Se necesita un cambio sistémico.” (p. 6) y en Puebla se lee en el diario oficial “Como país no estamos preparados; no estamos preparados culturalmente, a la población no le estamos enseñando a vivir esa etapa, la etapa de adultos y adultos mayores”(*El Sol de Puebla*, 2015, sección Nacional, párr.3) allí también se comenta que México se está poblando de asilos, casa hogar y retiros para los y las adultos mayores donde se piden de 15 mil, 16 mil o incluso 22 mil pesos mensuales, quedando entonces excluida una gran parte de esta población por falta de recursos económicos, resultando solos o bajo el resguardo y/o el cuidado de las personas más cercanas, que generalmente son los familiares.

En el primer acercamiento hecho se hizo evidente la escasez de programas preventivos que atiendan a la población adulta mayor; motivo por el cual los familiares u otra persona ajena al sector profesional, son propensos a tomar la responsabilidad de invertir su tiempo, sus recursos y su esfuerzo para ayudarles, aunque cabe aclarar que esta etapa no es sinónimo de enfermedad o dependencia, pero sí se nota un significativo deterioro sobre alguna facultad física o mental, dadas por factores internos y externos, que intervienen, aumentando las posibilidades de requerir del cuidado de alguien más y esta figura que resulta del cuidado informal, de la familia y de la adquisición principal de responsabilidad sobre el cuidado que se brinda, es la del Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF) quien juega un papel importante para el adulto mayor dependiente mexicano, y que incrementará porque a

mayor número de personas adultas mayores -de 60 años o más (INEGI, 2014)-, mayor probabilidad de CPIF. Esto, hace evidente la desigualdad entre los cuidadores formales como: enfermeros, doctores, etc., y los cuidadores informales respecto a los conocimientos para realizar el cuidado y para favorecer su autocuidado. Además este panorama ya incierto para la población adulta mayor mexicana se incrementa aún más para los cuidadores informales que se mantienen expuestos a enfermedades y demandas físicas, emocionales y psicológicas que no saben cómo manejar, y que merece cuestionar: ¿y al cuidador quién le cuida?

De aquí que la resiliencia tomó un sentido importante al considerarla como una capacidad protectora apta para ser desarrollada o incrementada con el objetivo de apoyar al cuidador informal en su labor u otra situación adversa, sin dejar de lado a su adulto mayor, pues éste se beneficia del conocimiento y práctica de quien le cuida. Es por ello que el planteamiento del problema se encuadró a partir de la siguiente pregunta: ¿Es posible medir la resiliencia en Cuidadores Primarios Informales Familiares (CPIF) de adultos mayores dependientes para diseñar un programa de intervención psicoeducativo de resiliencia para “La Casa del Abue” en Puebla, Puebla? Y a esta se le aunaron dos preguntas de investigación específicas:

1. ¿Cuál es el nivel global de resiliencia en los Cuidadores Primarios Informales Familiares (CPIF) de adultos mayores dependientes pertenecientes a “La Casa del Abue” en Puebla, Puebla?
2. ¿Cuáles son los factores de la resiliencia necesarios de abordar en un programa de intervención psicoeducativo de resiliencia para CPIF de adultos mayores dependientes pertenecientes a “La Casa del Abue” en Puebla, Puebla?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Diseñar un programa de intervención psicoeducativo de resiliencia que incluya, mayoritariamente, técnicas cognitivo - conductuales, dirigido a Cuidadores Primarios Informales Familiares (CPIF) de adultos mayores dependientes pertenecientes a “La Casa del Abue” ubicada en Puebla, Puebla.

1.3.2 Objetivos específicos

De acuerdo con el objetivo general, los objetivos específicos fueron:

- I. Medir la resiliencia para determinar los niveles de esta en los Cuidadores Primarios Informales Familiares (CPIF) pertenecientes a “La Casa del Abue” en Puebla, Puebla.
- II. Identificar qué factores de la resiliencia necesitaron trabajarse en el programa psicoeducativo de resiliencia con la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M). Los cuales se muestran a continuación:
 - 1) Fortaleza y confianza en sí mismo/a.
 - 2) Competencia social.
 - 3) Apoyo familiar.
 - 4) Apoyo social.
 - 5) Estructura personal.

Hasta aquí concluyó el objetivo de la investigación, pero dada la oportunidad de realizar un pilotaje del programa (aun inconcluso por cuestiones institucionales), permitió el siguiente objetivo específico.

- III. Pilotear el diseño de intervención psicoeducativa de resiliencia con los Cuidadores Primarios Informales Familiares (CPIF) voluntarios, pertenecientes a “La Casa del Abue” en Puebla, Puebla

1.6 Justificación

El estudio de la resiliencia y su desarrollo en las personas, posee grandes beneficios, sobre todo para aquellas que necesitan afrontar una situación adversa. En este sentido conviene aclarar, que para el estudio, se consideró como situación adversa, todos los factores propios del cuidado relacionados con la carga objetiva y la carga subjetiva (Hoenig y Hamilton citados en Alvarado et al., 2011 y Ortiz Viveros, Ortega Herrera y Rojas Alcalá, 2010). En relación a los ámbitos de la carga objetiva, Alvarado et al. (2011) mencionan:

- “Reducción del tiempo disponible para actividades como descanso y ocio, entretenimientos y relaciones sociales” (p.10).
- “Incremento de la carga de actividades y responsabilidades, al tener que sumar las tareas y obligaciones propias del cuidado y las ya existentes” (p.10).
- “Efectos sobre la salud, ya sea como quejas, como enfermedades o como lesiones que se producen directamente por agresiones del paciente” (p.10).
- “Una disminución de la red social del cuidador, con la consecuente pérdida del apoyo que esta le brindaba” (p.10).
- “La reducción en la capacidad financiera, ya sea como resultado de un mayor gasto o como efecto de una disminución en los ingresos económicos” (p.10).

Mientras que, “la carga subjetiva se refiere a la sensación del cuidador de estar soportando una carga, lo que incluye el malestar subjetivo, preocupaciones y emociones de tono negativa que están asociadas” (p.10). Todo ello hizo posible la realización de estudios centrados en la atención al cuidador informal, que en un inicio se concentraron en solucionar los efectos negativos en la salud pero “en los últimos años se está desarrollando una visión más positiva del proceso de cuidado, analizándose las posibles implicaciones positivas para el cuidador.” (Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2012, p.26). Aunque los estudios de resiliencia dirigidos hacia el Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF) de un adulto mayor dependiente, fueron apenas algunos, y disminuyeron dentro del contexto mexicano. No resultó menos importante esta investigación, por el contrario, se potenció su relevancia al existir pocas opciones profesionales –y sin embargo necesarias-, para propiciar el

crecimiento y las fortalezas de quien realiza el cuidado informal. Pues a medida que incrementan los adultos mayores dependientes lo hace la figura del CPIF.

Dichos motivos llevaron a diseñar un programa psicoeducativo de resiliencia para esta población invisibilizada, que está asumiendo una gran parte del trabajo institucional-gubernamental en materia de atención física y psicológica, pero que también hace posible el incremento en gastos en caso de presentar repercusiones negativas a causa de su labor. Por tanto, la realización de esta investigación implicó dar una opción de atención tanto a quien cuida como a quien recibe los cuidados, lo que podría traducirse en la disminución de gastos públicos en salud para ambas poblaciones, y material atencional para el CPIF desde la Psicología -particularmente desde la Psicogerontología-, al ir “incorporando aspectos teóricos positivos a los modelos de cuidado que tradicionalmente se centran en la sintomatología.” (Crespo, M. & Fernández- Lansac, p.19).

1.7 Hipótesis

Hernández Sampieri et al. (2006), comentan que los estudios descriptivos “son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad contexto o situación” (p. 13) y sentencian que no siempre es factible formular hipótesis, pues “cuanto menor apoyo empírico previo tenga una hipótesis, se deberá tener mayor cuidado en su elaboración y evaluación, porque tampoco es recomendable formular hipótesis de manera superficial.” (Hernández Sampieri et al., 2006, p. 125). Y es que la escasez de estudios similares a este complejizó la elaboración del programa psicoeducativo de resiliencia, por lo que en un principio se consideró más pertinente utilizar las preguntas de investigación como los referentes para alcanzar el objetivo general, pese a ello se generó la siguiente hipótesis de investigación:

Hi: El diseño de este programa de intervención psicoeducativo para Cuidadores Primarios Informales Familiares (CPIF) de adultos mayores dependientes que asisten a La Casa del Abue en Puebla, Pue., podrá aportar una alternativa para fomentar la resiliencia desde la psicoeducación conductual.

1.8 Definición de variables

Las variables utilizadas en esta investigación fueron dos: la resiliencia y cuidado informal. Para el término de la resiliencia se utilizó la definición de Grotberg(2001) quien la asume como “la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (p. 20). Esta definición no se contrapone con la que enuncian Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) en su Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) por el contrario nutrió y corroboró su postura que plantea a la resiliencia como “la capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas y exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas que amenazan su integridad” (Rutter citado en Palomar Lever & Gómez Valdez, 2010, p. 8).

En cuanto a la definición de cuidado informal, este se ha de entender como:

Un trabajo no remunerado, sin precio en el mercado, y esto se confunde con una carencia de valor. El cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco y pertenece al terreno de lo privado; se trata de «asuntos de familia», en los que el resto de la sociedad no se implica. Se desarrolla en el ámbito doméstico, y, como tal, queda oculto a la arena pública. [...] El cuidado informal ocurre en todas las edades y para un amplio espectro de condiciones. En sentido amplio, todos somos, en algún momento de nuestras vidas, beneficiarios del sistema informal, y muchos de nosotros y nosotras somos o seremos cuidadores. [...] Los servicios formales participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas dependientes que viven en la comunidad, son la punta de un iceberg en el que lo informal se configura como un verdadero «sistema invisible de atención a la salud». (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004, párr. 8-10).

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 La persona cuidada: el adulto mayor

2.1.1 Definición de adultez mayor

Hace varios siglos atrás la adultez mayor no era una posibilidad, las personas morían en la juventud, pero eso ha venido cambiando por el incremento en la esperanza de vida y el desarrollo socioeconómico, y en países desarrollados la edad rebasa los 70 años (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2015) esta situación pone nuevos retos tanto en el sector público como el privado. Además de que la ciencia cuestiona si se debe seguir alargando la vida u optar por incrementar la calidad de vida.

Las estadísticas entonces indican que la mayoría de las personas llegarán a la etapa del desarrollo llamada adultez mayor, pero ¿qué es la adultez mayor?, ¿es lo mismo que envejecimiento?, ¿cuándo comienza y cuando finaliza?, ¿todas las personas adultas mayores llegan con las mismas condiciones a esta etapa?, etc.

Si se preguntara a cada mexicano la respuesta variaría porque indiscutiblemente existe una concepción subjetiva sobre que es la adultez mayor así como lo que conlleva. Piénsese entonces en las características de las personas adultas mayores, la lista y variaciones seguiría creciendo, sin embargo existiría un “casi” consenso, al menos en México, de que es y cómo se presenta esta etapa de vida, y destacarían adjetivos acuñados a esta, como: tercera edad, “viejo, anciano, senecto, proecto, vetusto, carcamal, gerántropo entre otros” (Torres Olmedo, 2003, p. 4) pero se aclara que estas denominaciones no se utilizarán por considerarse subjetivas, poco claras y en algunos casos su uso ha sido discriminatorio.

Por ello se ha tomado en cuenta a Torres Olmedo (2003) quien a su vez menciona a la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando esta establece que se debe considerar adultos mayores a las personas que “tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados” (p.4) esta clasificación fue hecha tomando en cuenta las características socio-económicas de ambos tipos de países.

Una vez aclarado el término de adultez mayor, se afirma que este será el preponderante en la voz de la presente investigadora, pero se está consciente de que existen autores que utilizan como sinónimos algunos términos o adjetivos ya descritos, por ello, estos sólo estarán en las citas textuales donde fueron empleados, por las razones anteriormente expuestas.

De la misma manera se pasa a aclarar, qué se debe de entender por envejecimiento, ya que es uno de los términos más empleados que se asume como sinónimo de adultez mayor, pero que no es necesariamente su equivalente.

Lifshitz y Estada (citados por López Parra, 2006) dicen: “desde el nacimiento se empiezan a acumular lípidos en las arterias, y hacia los 25 empieza la muerte neuronal [por tanto] el envejecimiento es progresivo e inexorable” (p. 85), una postura más que lo confirma es la de Arévalo Herrera (2014) al mencionar que existen “cambios de manera lenta, gradual y progresiva y permanente a todas las edades. En este proceso son inherentes las modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre las personas” (p. 22), pero “no son las modificaciones físicas, sino el modo de interiorizar las sensaciones que ellas producen, lo que determinará como vive y siente un cuerpo anciano” (p. 22). También está ligado a dos clases de factores: los genéticos o heredados y los ambientales y como parte de los factores genéticos se ha registrado:

Su influencia en gemelos idénticos [que] se quedan calvos, se arrugan y se joroban, etc., por igual. Asimismo, hay familias [con] miembros longevos. El sexo es otro factor [pues] son las mujeres las que viven más que los hombres. Por último, hay una duración máxima de vida específica de cada especie, más allá de la cual no se prolonga su existencia. (Creaig citado por Arévalo Herrera, 2014, p. 23).

Y referente a los factores ambientales se afirma que son estos los que “determinan cuánto del potencial genético será cumplido o no, o, incluso, extendido” (Arévalo Herrera, 2014, p. 23). Algunos que se pueden mencionar son:

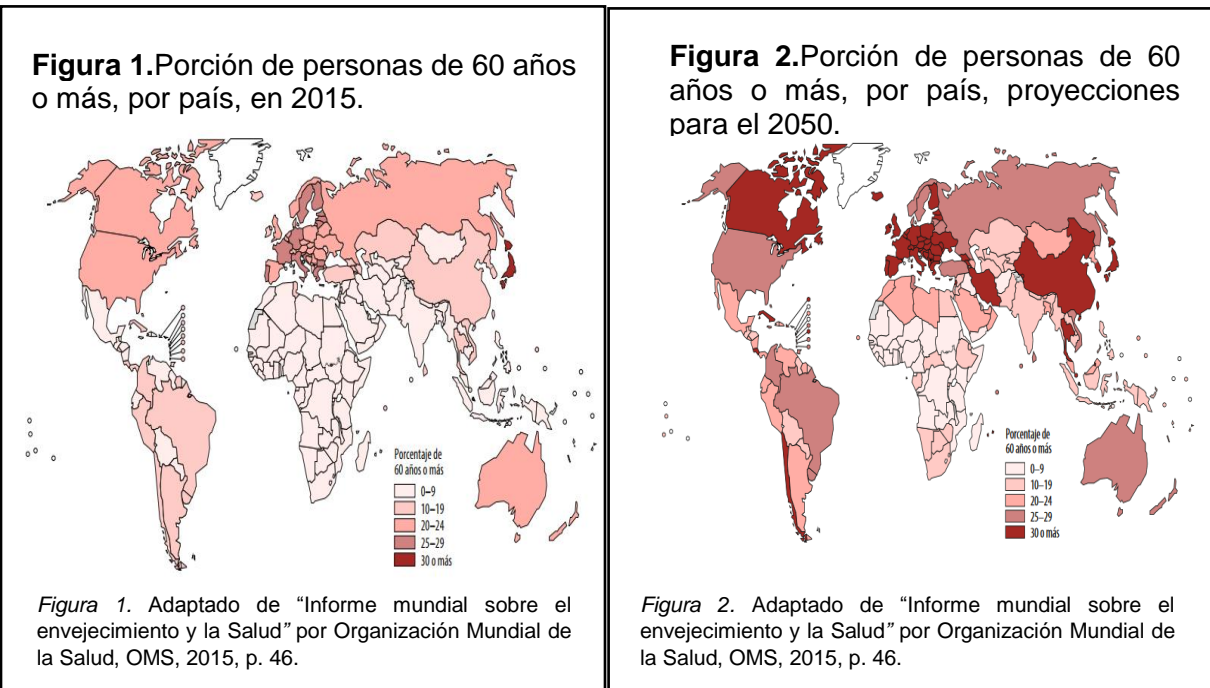
1) Componentes físicos y químicos del ambiente (los accidentes, la contaminación, etc.). 2) Factores biológicos como la nutrición, las enfermedades y los hábitos de salud (la obesidad disminuye en 3.6 a 15.1 años las expectativas de vida). 3) Factores socioeconómicos como la vida urbana o rural, la condición de casado o soltero, las condiciones de habitación, trabajo, tensiones, etcétera. (Creaig citado por Arévalo Herrera, 2014, p. 23).

Dicho de otro modo, el envejecimiento es un proceso natural que se genera en cualquier ser vivo desde su nacimiento o incluso antes de él, hasta su muerte. Por tanto no debe intercambiarse como el equivalente de adultez mayor, ya que esta última corresponde a una etapa del desarrollo humano clasificada por un medio social y cultural a lo largo de la historia, contrario al envejecimiento que es un proceso con cronómetro desde el inicio de la vida. Es así que de todo lo antes mencionado se concluye este apartado con las siguientes afirmaciones:

- Adultez mayor y envejecimiento no son lo mismo ni deben utilizarse como equivalentes.
- Todas las personas envejecen, incluso antes de nacer y es un proceso natural.
- “Adultez mayor” es un término dinámico que ha cambiado su definición a lo largo de la historia humana.

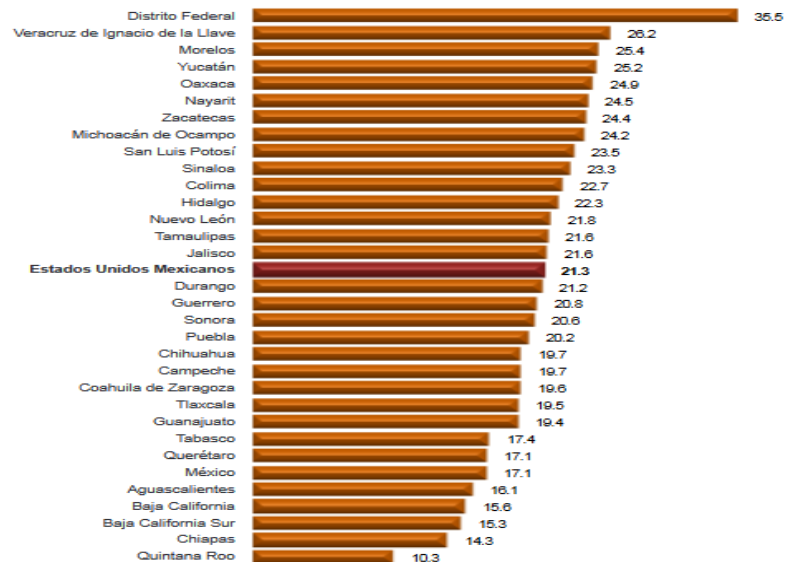
2.1.2 Estadísticas poblacionales de adultez mayor

Respecto a las estadísticas sobre el incremento de la población adulta mayor la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) informa que “una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo” (p. 45), así también muestra un panorama general de la adultez mayor en el 2015 y lo que se espera para el 2050 en las Figuras 1 y 2.



En México las estadísticas también corroboran ese panorama a futuro. En la encuesta realizada en el 2010, por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) se puede observar que la población mexicana es cada vez más longeva siendo más las personas que llegan a la adultez mayor (Gráfica1).

Gráfica 1. Índice de envejecimiento por entidad federativa. 2010.



Gráfica 1. Adaptado de "Censo de Población y vivienda" Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2010.

Este panorama mundial y local de México, nos indica que casi la mitad de los estados han rebasado la media de longevidad (21.3%), lo que a su vez se traducirá en incrementos y demandas específicas de la adultez mayor, que pueden abarcar la necesidad de empleo y servicios públicos, asistencia sanitaria, política y social, entre otros (OMS, 2015; Ruelas González et al., 2013).

2.1.3 ¿La adultez mayor es sinónimo de cuidados?

Si el título se ha iniciado con una pregunta es porque en muchas ocasiones se ha justificado una respuesta al cuidado de los adultos mayores, a partir de los prejuicios que acompañan a esta población, Arévalo Herrera (2014) dice “uno de los prejuicios más extendidos se refiere a que los viejos son enfermos o discapacitados” (p. 19). A esto se le adjunta la perspectiva de la OMS (2015):

Las actitudes discriminatorias por motivos de edad se dan de forma generalizada en todas las sociedades, y no se limitan a un grupo social o un grupo étnico. Algunas investigaciones indican que es posible que la discriminación por motivos de edad actualmente sea una forma más generalizada de discriminación que el sexismo o el racismo. Esto tiene graves consecuencias tanto para las personas mayores como para la sociedad en general. Puede ser un gran obstáculo para formular buenas políticas, ya que limita las opciones. También puede tener efectos graves en la calidad de la atención sanitaria y social que las personas mayores reciben. [...] Están tan generalizados que incluso quienes manifiestan públicamente las mejores intenciones les puede resultar difícil abstenerse de actuar y expresarse en forma negativa. Además, las actitudes discriminatorias por motivos de edad suelen verse como humorísticas y, en cierto grado, basadas en la realidad, por lo que a menudo se piensa equivocadamente que el humor contrarresta todo efecto negativo en la persona mayor. Sin embargo, existen pruebas de que la discriminación por motivos de edad provoca menores niveles de autonomía, menor productividad y mayor estrés cardiovascular. [...] Esos estereotipos pueden convertirse en realidad [...] lo que produce interiorizar esas ideas. Las actitudes negativas también son muy comunes incluso en los centros de salud y asistencia social, entornos donde los adultos mayores están en la situación más vulnerable.

Algunos de estos prejuicios se basan en el deterioro observable. [...] este punto de partida supuestamente objetivo para el estereotipo de la vejez esté distorsionado por las ideas acerca de trastornos como la demencia, que a veces se consideran erróneamente como expresiones del envejecimiento normal [...] poco o nada se tiene en cuenta, las adaptaciones menos obvias hechas por las personas mayores para reducir al mínimo los efectos de las pérdidas relacionadas con la edad, ni los aspectos positivos del envejecimiento, el crecimiento personal que puede ocurrir durante este período de la vida y las contribuciones realizadas por las personas mayores. (p. 11).

Se ha transcrito casi en su totalidad la postura de la OMS (2015) para que sirva como un llamado de atención a las instituciones, a los profesionales y a la sociedad en general. Pues, es muy probable que al disminuir las percepciones distorsionadas también lo hagan sus expresiones en relación a la gerontofobia y al viejismo. Siendo este último, un “término que se emplea para definir el conjunto de estereotipos, prejuicios y discriminación en contra de las personas ancianas en función de su edad” (Arévalo Herrera, 2014, p. 17).

Por su parte, el viejismo deviene de la gerontofobia, y esta última se refiere a una actitud específica de temor u odio irracional hacia las personas adultas mayores, siendo una forma particular de viejismo, es decir, que no todo viejismo es gerontofóbico pero si es una visión que vulnera la identidad del adulto mayor. (Salvarezza citado por Arévalo Herrera, 2014). Todo esto no es más que una acumulación de estereotipos y creencias culturales cultivadas desde el ámbito público y privado, no es de extrañar que dichas afirmaciones también sean reproducidas por “profesionales” anclando aún más la idea de cómo uno debe verse, sentirse, pensar, etc., cuando llegue a esta etapa de vida, situación que da pie a profecías autocumplidoras tanto para quien emite los juicios como para quien los interioriza, creándose una verdad absoluta aparente. Al respecto Salvarezza (citado por Arévalo Herrera, 2014) comenta:

La concepción que la gente tenga sobre las personas mayores determina el trato que se les dé, no sólo en las relaciones cotidianas sino en las profesionales e

institucionales. Asimismo, nos recuerda que el anciano se encuentra en un momento vital vulnerable y, muchas veces, en situación de indefensión o invalidez; por lo tanto, su destino está en manos de quienes lo atienden o cuidan y éste dependerá de la manera cómo se le conciba. (p. 15).

Arévalo Herrera (2014) menciona dos enfoques teóricos que luchan en el ámbito profesional y social, la primera es la “teoría del desapego” y la segunda la “teoría del apego”. En cuanto a la teoría del apego que fue propuesta por Cummings y Henry (citados por Arévalo Herrera, 2014) existen las siguientes afirmaciones:

- “Una disminución del interés vital en las actividades y objetos circundantes [lo que ocasiona] que la persona se aparte sistemáticamente de toda clase de interacción social” (p. 15).
- La personas adultas mayores “se van sintiendo menos comprometidas emocionalmente con los otros y sus problemas, y cada vez se vuelven más absortas en sus propias circunstancias” (p. 15).
- Todo esto es un proceso y “es parte del desarrollo normal del individuo”. (p. 15).
- “Es deseado y buscado por él al ir declinando sus capacidades sensoriomotrices” (p. 15).
- “El distanciamiento afectivo es una defensa que le permite evitar confrontaciones con personas y situaciones que plantean problemas de difícil solución [...] por ejemplo: relaciones sexuales cuando siente mermado su atractivo físico o sus capacidades” (p. 15).

Las afirmaciones anteriores son sustentadas bajo las siguientes premisas:

1. Es un proceso que se da de manera universal que ocurre en cualquier cultura y tiempo.
2. Es inevitable, al estar “apoyado” por procesos psicobiológicos.
3. Es intrínseco, al no estar condicionado ni determinado por variables sociales.

Esta postura teórica ya ha sido desmentida por estudios posteriores por favorecer una política de segregación y discriminación, por ser un sistema de postulados sin comprobación científica, porque los datos utilizados para sustentarla son inadecuados y mayormente falsos, además de que fue realizada en un solo

contexto (el estadounidense) mostrando un apoyo al modelo económico imperante. Por su parte la teoría del apego apoyada por Salvarezza (citada por Arévalo Herrera, 2014), se contrapone a la anterior teoría y postula:

- Existe un “instinto gregario” en los seres humanos no es otra cosa que la necesidad de agruparse para enfrentar la lucha de la vida.” (p. 16).
- “El hombre aislado es un problema y no un ideal” (p. 16).
- “La separación o el aislamiento deben ser comprendidos como patologías o como parte de actitudes prejuiciosas [hacia] los adultos mayores” (p. 16).
- Es erróneo auto juzgarse o juzgar al adulto mayor a partir de la juventud porque supóngase que un “adulto mayor juzga su satisfacción sexual en función de la actividad cuando era joven, la consecuencia será sentirse mal y frustrado; en cambio, saberse amado, activo y necesitado en la relación y goce sexual [...] puede proveerle la misma satisfacción” (p. 16).

La primera postura, pese a ser descartada por la ciencia, es la que impera en la mente de un gran número de personas, que en el peor de los casos también es promovido por profesionales, y que en conjunto fomentan estereotipos que se vuelven realidad por su interiorización (Arévalo Herrera, 2014). Un ejemplo de ello es la indefensión aprendida, misma que se suscita cuando “las víctimas de un prejuicio y discriminación prolongados pueden llegar a mostrarse pasivas y a sentirse culpables” (Myers citado en Arévalo Herrera, 2014, p. 18), de tal manera que al concebirse como indefensos o incapaces de hacer algo “se vuelve más potente la respuesta de indefensión, tornándose en un círculo repetitivo de ineficacia-indefensión-pasividad-culpabilidad” (Arévalo Herrera, 2014, p. 18).

Además, se suele asumir que adultez mayor y envejecimiento son lo mismo, y la realidad es otra. Por ello, en el apartado anterior se definió que era el envejecimiento, y para este, se aclara cuantos tipos hay (ver Tabla 1), de tal manera que se aporte una visión diferente al lector, pues algunas afirmaciones hechas, son el resultado de una percepción generalizada del envejecimiento patológico -que no se da en todos los casos- pero que suele ser promovido por estos estereotipos.

Tabla 1. *Tipos de envejecimiento.*

| Normal | Patológico | Óptimo |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades diagnosticadas y controladas. • Declive intelectual leve o ausente. • Buen afrontamiento al estrés • Autovaloración positiva • Optimismo • Sustitución o evolución de roles • Apoyo social • Autonomía • Discrepancias intergeneracionales no conflictivas. | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades descompensadas • Deterioro cognitivo. • Mal afrontamiento al estrés • Autovaloración negativa • Pesimismo • Pérdida de roles • Falta de apoyo social • Dependencia • Aislamiento • Conflicto intergeneracional | <ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento normal. • Elaboración de metas mediatas y proyectos futuros • Participación activa en escenarios sociales (laborales, educativos, comunitarios) • Buenas relaciones sociales (familiares y coetáneos) • Sentido de la vida desarrollador en el plano personal y social. |

Fuente: Adaptado de "Psicología del envejecimiento: ¿Cómo son las personas adultas mayores?", por R., Pérez Díaz, 2013; A. M., Torrado Ramos, 2016 (citadas en A. M., Torrado Ramos, 2017), Diplomado de Psicogerontología: CORE, Módulo II.

La Tabla 1 muestra a los tres tipos de envejecimiento que se pueden experimentar en cualquier etapa de la vida o a lo largo de esta, y que podrán ser clasificados como patológicos o no, en función de los criterios del desarrollo humano esperados para cada etapa. Y ya que abarcan toda la vida bien pueden ser utilizados para clasificar la adultez mayor, además de expresar en qué condiciones la persona ha llegado a esta etapa del desarrollo.

Por ejemplo, en el envejecimiento normal las enfermedades están presentes así como un posible enlentecimiento a nivel intelectual, pero la persona se mantiene independiente y no se limita ni se asume como sinónimo de baja productividad, aislamiento, soledad, falta de intimidad, etc. En cuanto al envejecimiento óptimo se puede afirmar que se diferencia del envejecimiento normal porque existe una meta personal que se desea alcanzar y por lo que la existencia tiene sentido, no sólo se vive por vivir. Mientras que en el envejecimiento patológico se abarcan aspectos que van desde lo orgánico hasta lo psicológico en donde la persona le es difícil adecuarse a su medio externo por sus propias condiciones internas y por ende necesita a una persona que cuide de él.

Estos tipos de envejecimiento variarán de acuerdo a los factores genéticos y ambientales mencionados en el capítulo anterior, por ello se puede afirmar que los

estereotipos más comunes sobre adultez mayor, devienen de la teoría del desapego, que se sustenta en afirmaciones sobre los signos y síntomas del envejecimiento patológico, sin que esto abarque a todos los adultos mayores y debe de ser descartada, las principales razones que encuentra Salvarrezza (citada por Arévalo Herrera, 2014) son:

1. La teoría del desapego favorece que las personas adopten una política de segregación o de indiferencia hacia los adultos mayores o a desarrollar la actitud de que la vejez no tiene valor.
2. La teoría del desapego no es un sistema de postulados en el sentido científico, sino, en el mejor de los casos, una seudoteoría.
3. Los datos utilizados para sustentar la teoría del desapego son inadecuados o, en su mayoría, falsos. (p. 15).

A esto se suma, las tres categorías del envejecimiento, ello indica que no es la edad lo que ha generado el incremento de adultos mayores dependientes, sino las condiciones orgánicas así como hereditarias, pero sobre todo los hábitos y estilos de vida que las personas han venido realizando a lo largo de su vida, que son promovidos por políticas sociales y un contexto cultural (López Parra, 2008). Por tanto, la adultez no es siempre sinónimo de enfermedad y cuidados, pero si estos se llegan a observar, es por la presencia de alguna patología o enfermedad, así como, el resultado de un contexto social que fomenta la interiorización de conductas específicas y poco saludables.

Se ha realizado este panorama general sobre los tres tipos de envejecimiento porque se quiere dejar en claro que llegar a la adultez mayor de manera saludable, o mejor aún de manera óptima, es posible, pero ello implica empezar a modificar hábitos, pensamientos y creencias, de manera individual, profesional, organizacional política y social.

2.1.3.1 Dependencia y cuidados informales

Las personas adultas mayores en situación de dependencia pueden definirse “como personas mayores que durante un periodo de tiempo prolongado, o de forma permanente, requieren de ayuda para realizar ciertas actividades cotidianas (vestirse, comer, asearse, etc.), por presentar deterioro en su funcionalidad física” (Casado & López citados por Arroyo Rueda, 2010, p. 2).

Como se señaló en el apartado anterior, no todos los adultos mayores necesitan de los cuidados profesionales o informales, pero el subgrupo de los adultos mayores dependientes podría estarse incrementando debido a:

- 1) El aumento de la esperanza de vida: en promedio, las personas de todo el mundo ahora viven más tiempo. Aunque una pequeña parte de este aumento mundial se debe al mayor índice de supervivencia de las personas de edad avanzada, gran parte responde a un mayor índice de supervivencia a edades menores. (OMS, 2015, pp. 46-47).
- 2) La OMS (2015) señala como segunda causa “la caída de las tasas de fecundidad [...] han tenido una caída vertiginosa e incluso han quedado por debajo del nivel necesario para mantener el tamaño actual de las poblaciones” (pp. 50-51).
- 3) “Más probabilidades de sobrevivir que en el pasado, al mayor acceso a la anticoncepción y a los cambios en las normas de género.” (OMS, 2015, p. 48).
- 4) La relación entre “el desarrollo socioeconómico [...] de un país y los patrones de mortalidad en el curso de la vida [...] En los entornos de bajos recursos, es más frecuente que la muerte ocurra en la primera infancia.”(OMS, 2015, p. 47).
- 5) “El desarrollo [a su vez] mejora la salud pública y más personas sobreviven a la infancia, por lo que se torna más probable que las personas mueran a una edad adulta.” (OMS, 2015, p. 47).
- 6) “Modificación en las causas de muerte.” (OMS, 2015, p. 47). Aunque en todos los contextos, ponderan las muertes por enfermedades no transmisibles, estas se suelen dar a menor edad en países de ingresos bajos y medianos que en países

con ingresos altos, y las enfermedades transmisibles siguen causando estragos usualmente en los países con ingresos bajos y medianos. (OMS, 2015).

Ante ello Ortiz Viveros (2010) menciona que “estos cambios, favorecieron a su vez un incremento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas cuya presencia es mayor en personas de edad avanzada.” (p. 9).

Por tanto, cada vez será más evidente que “el envejecimiento de la población implica una mayor demanda de servicios de salud, debido a que en este grupo de edad se presentan las mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica de toda la población.” (Ruelas González et al., 2013, p.7). Parte de esta afirmación se debe al surgimiento de algún tipo de dependencia y ante ello la OMS (2015) asegura que las investigaciones encontradas son confusas, en primera porque no existen suficientes estudios realizados en países subdesarrollados y las que se poseen de países desarrollados son de diseños transversales, y en segunda por el nivel de discapacidad analizado, dando como resultado autores que señalan un incremento y otros un decremento en la población adulta mayor con alguna discapacidad. Sin embargo la OMS (2015) también señala el:

Análisis combinado de grandes estudios longitudinales realizados en países de ingresos altos, efectuado por la OMS en 2014, permitió determinar que, aunque la prevalencia de la discapacidad grave (en la que la persona requiere ayuda para realizar actividades básicas como comer y asearse) puede estar disminuyendo levemente, no se ha observado ningún cambio significativo en la discapacidad menos grave en los últimos 30 años. (p. 52).

Si esto ocurre con países desarrollados, y México, al no encontrarse entre ellos, empeora su panorama de dependencia para años posteriores, y esto lo corrobora el INEGI (2014) respecto a la población en situación de dependencia. Y dicha población, entonces, atraerá la necesidad de mayores cuidados profesionales y no profesionales, de tal manera que atender a quien ya realiza un cuidado informal puede beneficiar, también, en la persona cuidada (Ortiz Viveros, 2010).

2.2 Resiliencia

2.2.1 Resiliencia: Antecedentes

El término resiliencia proviene del latín (Diccionario Básico Latín – Español citado en Kotliarenko et al., 1997), y su origen están en Física, la Ingeniería Civil y la metalurgia (Uriarte Arciniega, 2005), es definida como la “capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido.” (Real Academia Española, RAE, 2016, párr. 2). De manera particular, para la Ingeniería Civil Estructural “se refiere no solamente a la seguridad de estructuras convencionales (edificios, hospitales, etc.) respecto a riesgos naturales tales como los huracanes, sino también a la seguridad de infraestructura convencional y no convencional.” (Domínguez e Ibrahimbegovic, 2013, p. 226). A esto se deben aunar sus aportaciones en otras disciplinas como las que mencionan Domínguez e Ibrahimbegovic (2013):

- “En el contexto de la Mecánica, la resiliencia se refiere a la capacidad que tiene un sistema deformado para recuperar su configuración inicial luego de haber estado sometido a una combinación particular de sollicitaciones.” (p. 226).
- En el ámbito económico y social “se entiende como la capacidad de organización de una comunidad para prevenir, actuar, y resarcirse de un evento catastrófico y poner nuevamente en marcha los procesos sociales y económicos que estaba llevando a cabo, en el menor tiempo posible”. (p. 226).

Aunque en el paso de este término a las Ciencias Sociales y Humanas se debió a la necesidad de nombrar a las personas que ante una situación de riesgo se sobreponían o la afrontaban mejor (De Filippis, 2008). Ejemplos de personas aparentemente resilientes existen desde tiempos inmemoriales, pero la falta de consenso sobre el término, complicó el avance científico y negó a una población de la cual aprender y a la cual atender.

Los primeros estudios sobre resiliencia en las Ciencias Sociales y Humanas, indican que no existía una postura teórica desde la cual se explicara y analizara a esta población, y es por ello que las incipientes investigaciones que existían parecían

más a anécdotas o estudios de caso con explicaciones aisladas que apuntaban a diferentes direcciones, pero con el tiempo fomentarían las investigaciones hechas que introdujeron al término para usarlo en el análisis humano.

Mientras Uriarte Arciniega (2005) indica que el término de resiliencia fue insertado en las Ciencias Sociales hacia los años 60, Kotliarenco et al. (1997) marcan tal suceso a finales de los años 70, esta última postura es apoyada por De Filippis (2008) quien añade: “el concepto de resiliencia fue presentado por [...] el psiquiatra infantil Michel Rutter, que lo traspoló de la física [y] fue profundizado por el etólogo Boris Cyrulnik” (p.179). A pesar de la evidente falta de consenso, el término comenzó a ser utilizado y su investigación se promovió aunque hubo momentos de abandono, como se verá más adelante, algunos reportes señalan acontecimientos que bosquejaron y precedieron el camino antes de la inducción oficial del término resiliencia en las Ciencias Sociales, fueron reportados por:

- Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla (citados en Uriarte Arciniega, 2005) que en sus estudios sobre los indios navajos del suroeste de Estados Unidos se percataron de que el término de mandala fue utilizado “para designar la fuerza interna que hace que un individuo enfermo pueda resistir y sobreponerse a la enfermedad y alcanzar paz y orden interno” (p. 64).
- Peztaozzi (citado en Uriarte Arciniega, 2005) en el Siglo XVIII, “observó que niños de la calle, huérfanos y abandonados, mostraban una gran impulso por vivir y salir adelante” (p. 63).
- Spitz, en los 60, “analizó la dimensión patogénica del hospitalismo y la institucionalización temprana de la infancia. [Y] posteriormente J. Bowlby, al presentar la primera teoría elaborada del apego, fue sin pretenderlo uno de los pioneros científicos de la resiliencia.” (Uriarte Arciniega, 2005, p.65).

En los primeros aportes no existió el término de la resiliencia pero sí se ejemplificó. Y es que, “el interés por la resiliencia en el campo psicológico es antiguo aunque ha sido en los últimos años cuando ha cobrado una gran relevancia” (Becoña, 2006, p.125). Se prestó más atención a la respuesta de reposición que mostraban algunas personas ante las situaciones hostiles que enfrentaban, la

supuesta correlación entre una situación adversa y un resultado incipiente en el funcionamiento, mental, social o físico, aunque esto llevó a concebir a quienes la presentaban-los resilientes-como personas patológicas, porque su respuesta no encajaba con la mayoría de las predicciones negativas hechas para una situación altamente estresante. Y por ser algo inexplicable, se dejó de lado su estudio y se le prestó poco interés (Ainsworth, citado en Rutter, 1987). Pero poco después fue retomada para indagar la relación entre el riesgo y los mecanismos que intervienen y previenen las repercusiones negativas en la persona (Rutter, citado en Rutter, 1987).Haciendo posible su uso en la Psicología hacia los años 80 (Uriarte Arciniega, 2005),desde la cual se buscó dar respuestas. A ello se le aunó la Psiquiatría (Becoña, 2006), que encabezó la realización de los primeros estudios, para después unir “esfuerzos por conocer la etiología y desarrollo de la psicopatología” (Becoña, 2006, p. 126). En la Tabla 2 se muestra los primeros y más renombrados estudios de la resiliencia.

Tabla 2. *Primeras investigaciones de la resiliencia*

| Autores | Investigaciones y resultados |
|--|---|
| Werner y Smith (1982) consu estudio longitudinal en The Garden Island; Hawaii. Recopilaron datos prenatales, posnatales y hasta la adultez joven, de 698 infantes del sureste asiático y de Europa que tenían padres obreros. | De estos infantes 204 presentaban comportamientos graves y problemas de aprendizaje en los primeros diez años de su vida. Pero también hubo quienes a pesar de ser vulnerables por estar en pobreza, con riesgos biológicos, inestabilidad familiar, padres con poca educación y problemas de salud mental se mostraron “invencibles y desarrolladas en adultos jóvenes competentes y autónomos.” (párr. 9). ⁶ |
| Rutter (1987) | Su estudio psiquiátrico resaltó los factores de protección como indicadores de los mecanismos individuales que resguardan a la persona ante una situación de riesgo y su correlación con la resiliencia estudiada principalmente en infantes. ⁷ |
| Garnezy (1993) en su artículo “Niños en la pobreza: resiliencia a pesar del riesgo”, aborda los temas estos temas. | Él examinó las pruebas de un comportamiento deficiente utilizadas para caracterizar a los niños criados en la pobreza, y los efectos derivados de una niñez sometida a factores de riesgo (<i>risk factors</i>) de estrés y entornos traumatológicos, y como es que a pesar de ello se presentan factores protectores (<i>protective factors</i>), que se relacionan con la resiliencia. |
| Luthar y Cicchetti (2000) | Abordan a la resiliencia como un proceso positivo y adaptativo, así como su aplicación en el desarrollo de intervenciones y políticas sociales. |

Fuente: Adaptado de “*Vulnerable but invincible: A study of resilient children.*” por E.E. Werner & R.S. Smith, 1982, *New York: McGraw-Hill*; Trad. Jitsuya Shijara, N.; “*Resiliencia Psicosocial y Mecanismos de Protección*” por M., Rutter, 1987, CEDAPP, p. 38; “*Children in Poverty: Resilience Despite Risk*” porN., Garnezy, 1993, *Psychiatry*, (56); “*The construct of resilience: Implications for interverventions and social policies*” por S., Luthar y D., Cicchetti, 2000, *Dev Psychopathol*, 12, (4), pp. 857-885.

⁶Se ha hecho una traducción propia del documento original, buscando trasladar la idea de la manera más fiel posible. Para consultar el material dirijase al apartado de referencias bibliográficas.

⁷ El texto ha sido traducido por Nelly Jitsuya Shijara. Para consultar el artículo completo dirijase al apartado de referencias bibliográficas.

Los resultados de estos estudios llevaron a tomar a la resiliencia como “la capacidad que tienen las personas para desarrollarse psicológicamente sanos y exitosos a pesar de vivir en contextos de alto riesgo, como entornos de pobreza y familias multiproblemáticas, situaciones de estrés prolongado, centros de internamiento, etc.” (Uriarte Arciniega, 2005, p. 66). Y se generó una tendencia en la delimitación metodológica, con las siguientes características:

1. La niñez fue la etapa de la vida principalmente estudiada, por ser en apariencias más vulnerable que las otras etapas del desarrollo.
2. La adversidad y su nivel parecía cobrar mayor o menor peso en relación a que etapa de la vida se estudiaba, más que el evento desfavorable.
3. En un inicio lo que motivó a estudiar la resiliencia fue “nacer en la pobreza, así como vivir en un ambiente psicológicamente insano, condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas.” (Kotliarenco et al., 1997, p. 1).
4. Su análisis consistía en “observar aquellas condiciones que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano y positivo” (Kotliarenco et al., 1997, p. 1), pero aún no se buscaba entender cuáles eran las circunstancias que hacían posible la resiliencia y su permanencia.

Pese a las limitaciones que evidencia la lista anterior, conviene retomar el punto cuatro para no dejar de lado un momento crucial dentro de los avances que tuvo la resiliencia, y es que al alejarse de su estudio como posible patología y comenzar a ser tomada como una respuesta saludable ante las demandas extremas del medio externo, la resiliencia logró dejar el encuadre que prevalecía desde los años 70, que estudiaba los déficits presentados por niños pobres con un carácter compensatorio donde se tenía como objetivo “suplir las carencias de los niños de los sectores populares.” (Kotliarenco et al., 1997, p. 3). Pero que se fue modificando hasta enfocar lo positivo de las posibilidades que brinda la resiliencia (Kotliarenco et al., 1997).

Con un camino lleno de descubrimientos, el término resiliencia trajo las incógnitas que dividieron e hicieron compartir opiniones entre los estudiosos del tema. Sus cuestionamientos giraban en torno a su definición, su utilidad, su

aplicación, su generalización, entre otras, para buscar darle carácter científico. Y es por ello que se analizó el debate para definir lo que era y no era resiliencia.

2.2.2 Definición de resiliencia y su diferencia con otros términos

2.2.2.1 Definición de resiliencia

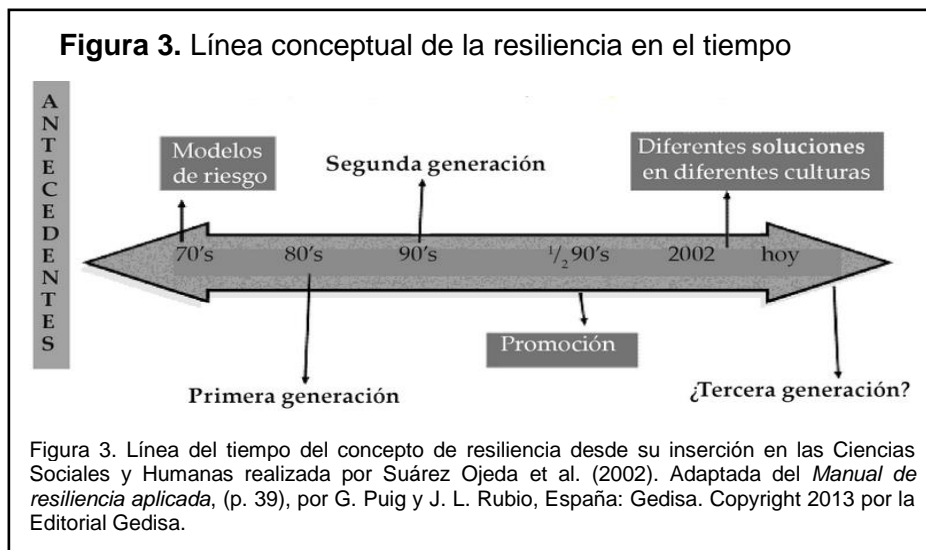
La resiliencia como tema de interés en la Psicología, incursiona en la década de los ochenta “a partir de los estudios de E.E. Werner y R.S. Smith (1982), en una época en la que predominaba el concepto de vulnerabilidad”, como menciona Uriarte Arciniega (2005, p. 65). Eso no quiere decir que surgió de la nada, hubo un camino que le precedió, y entre las batallas que aún lidia, está el cuestionamiento a su definición así como a su uso, entre otras cosas que devienen de su significado. Es por ello que se hizo un recorrido cronológico del término resiliencia, y posteriormente se indicaron parte de los términos con los que ha tenido discusión. Para comenzar, se retomó el análisis de Puig y Rubio (2013) sobre el trabajo de Luthar, Cicchetti y Becker (2000) al mencionar que los aspectos más controversiales surgidos de la resiliencia fueron:

1. Ambigüedad y variaciones en las definiciones y en el uso de la terminología.
2. Variaciones en el funcionamiento psicológico entre áreas y entre situaciones de riesgo en niños resilientes. [Recordemos que los primeros estudios fueron hechos con niños, en la actualidad el estudio de la resiliencia abarca todas las etapas de la vida, pero aún sigue siendo evidente la preferencia de algunos estudiosos/as por esta etapa].
3. Inestabilidad en el fenómeno de la resiliencia.
4. Controversia de carácter teórico que pone en duda la utilidad científica del concepto de resiliencia. (p.38).

En la actualidad los puntos anteriores siguen siendo motivo de discusión, pero lejos de eso se ha redoblado esfuerzos para obtener avances, inclusive desde perspectivas que se contraponen, pues se considera un nuevo paradigma del cual se

pueden obtener más ventajas preventivas para la salud. A continuación se muestra en la Figura 3, la línea conceptual a través del tiempo, es decir, las etapas que ha tenido el término resiliencia en diferentes momentos.

La Figura representa la línea del tiempo sobre el concepto de la resiliencia que en un inicio se estudió desde los modelos de riesgo, enmarcada dentro



de lo patológico y hacia los 80's, incursionó en la Psicología, surgiendo la primera generación del término, donde se analizaron las consecuencias que devenían de una situación de riesgo, lo que llevaría a la segunda generación caracterizada por aunar más dudas a la definición, aunque para mediados de los 90's se empezó a dar la promoción del término usándolo en eventos científicos y académicos dándole mayor seriedad, pero aun haciendo visibles las diversas posturas que lo abordaban. Al respecto, Puig y Rubio (2013) ubican a la resiliencia como un término que ofrece diferentes soluciones en diferentes contextos y plantean la posibilidad de una tercera generación de análisis, en épocas venideras, que bien pueden ser las actuales.

Las definiciones de la resiliencia se han hecho con el afán de darle claridad, pero aún no se tiene un consenso total sobre el término y su operatividad (Becoña, 2006; Fernández – Lanzac & Crespo López, 2011) aun así existe un avance en cuanto al alejamiento de una concepción patológica, para usarle como una herramienta de apoyo a las personas que enfrentan una adversidad. Esta evolución se muestra en la Tabla 3, en donde se cita a algunos autores más reconocidas e influyentes que realizaron los primeros estudios sobre la resiliencia.

Tabla 3. *Primeros estudios sobre el término de la resiliencia*

| Autor y año | Definición | Análisis |
|--|---|---|
| Uriarte Arciniega (2005) | Procede del latín, de resilio (re salio), que significa volver a saltar, rebotar, reanimarse. Se utiliza en la ingeniería civil y en la metalurgia para calcular la capacidad de ciertos materiales para recuperarse o volver a su posición original cuando han soportado ciertas cargas o impactos. (p. 66). | Esta definición sitúa a la resiliencia antes de su inserción a las Ciencias Sociales y Humanas. Es vista como una capacidad propia de un material, que indica hasta donde soporta una presión deformadora. La utilidad de la resiliencia –o positivo-, hasta ese momento, era indicar que materiales eran más adecuados para la construcción y combinación con otros para elevar su dureza. |
| Rutter (1987) | La resiliencia es “el término empleado para describir el polo positivo del fenómeno ubicuo de la diferencia individual en las respuestas de las personas al estrés y la adversidad.” (p. 1). | La resiliencia es considerada como un fenómeno que implica la respuesta a la adversidad que varía de acuerdo a la persona y sus mecanismos de vulnerabilidad y protección en relación a un contexto psicosocial. El cómo se presenta no está ligado con el grado de riesgo, es decir que, menor riesgo no implica una mejor expresión de resiliencia, también se debe aclarar que no es estática y varía conforme a las circunstancias de riesgo. |
| Masten, Best y Garnezy (1990)⁸ | “La resiliencia se refiere al proceso de, capacidad para, o el resultado de una adaptación exitosa a pesar de las circunstancias difíciles o amenazadoras.” (p. 425). | La resiliencia se muestra como un término posiblemente indivisible y controversial al no esclarecer si es por separado o un todo de; un proceso, una capacidad y/o al mismo tiempo un resultado. |
| Luthar y Cicchetti (2000)⁹ | La resiliencia es un proceso dinámico en el que los individuos muestran adaptación positiva a pesar de las experiencias de adversidad significativa o trauma [...] es un constructo bidimensional que implica exposición a la adversidad y la manifestación de resultados de ajuste positivo. (párr. 4-6). | La resiliencia se asume como un proceso constante, propio de la raza humana y no de la persona, por tanto no es un atributo extraordinario y está al alcance de todos, al ser la expresión de la adaptación exitosa, que deviene de dos componentes: adversidad y un ajuste adecuado. |

Fuente: Adaptado de “La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo” por J. De., Uriarte Arciniega, 2005, *Revista Psicodinámica*, 10, (2), pp. 61-80; “Resiliencia Psicosocial y Mecanismos de Protección” por M., Rutter, 1987, CEDAPP, pp. 38; “Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity” por A. S., Masten, K.M., Best, y N., Garnezy, 1990, *Development and Psychopathology*, 2, (4), pp. 425–444; “The construct of resilience: Implications for interventions and social policies” por S., Luthar y D., Cicchetti, 2000, *Dev Psychopathol*, 12, (4), pp. 857-885;

Por su parte García-Vesga y Domínguez-De la Ossa (2012) afirman que las definiciones existentes de resiliencia se pueden clasificar en cuatro:

1. Aquellas que relacionan el fenómeno con el componente de adaptabilidad.
2. Las que incluyen el concepto de capacidad o habilidad.
3. Las que enfatizan en la conjunción de factores internos y externos.
4. Las que definen Resiliencia como adaptación y también como proceso. (p. 65).

Más adelante, las mismas autoras concluyen -después de hacer un análisis sobre la definición de resiliencia-, que siempre presentará los siguientes aspectos: 1) la noción de adversidad o amenaza al desarrollo humano, 2) la adaptación positiva

⁸Se ha hecho una traducción del documento original buscando mantener la idea de la manera más fiel. Para consultar el material diríjase al apartado de referencias bibliográficas.

⁹Se ha hecho una traducción del documento original buscando mantener la idea de la manera más fiel. Para consultar el material diríjase al apartado de referencias bibliográficas.

de la adversidad, 3) el proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales.” (p. 66).

Para este trabajo, no se ahondó sobre la mejor definición, pero se ha optó por elegir un término que lejos de indicar una postura rígida sobre la resiliencia, hizo posible el cumplimiento del objetivo principal de este trabajo. La definición a utilizar es la de Grotberg (2006) que fue citada anteriormente en el apartado donde se definen las variables. Esta definición destaca por:

- Ser una de las definiciones más actuales y aceptadas que permiten un trabajo holístico.
- Señala a la resiliencia como una capacidad humana, lo que hace posible su medición, y por tanto, su desarrollo en cualquier persona.
- Esta definición asume a la adversidad como una parte importante de la vida y no busca exentar a nadie de ella, pero sí utilizarla para aprender y fortalecerse.
- Plantea a la resiliencia como una característica latente en cualquier momento de la vida, siendo posible también medirla en cualquier etapa del desarrollo.
- Grotberg (2006) asume que la persona no sólo puede recurrir a sus recursos internos para superar la adversidad sino también a los apoyos externos como lo son los familiares, las amistades e inclusive los servicios sociales de apoyo. Este es una de las dimensiones clave para el presente trabajo y que se ve reflejada en la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M), utilizada para esta investigación.
- Para Grotberg (2006) los factores de resiliencia se encuentran distribuidos en tres categorías relacionadas entre sí y que abarcan: lo que tengo (como los apoyos de cualquier tipo por parte de otras personas); lo que soy (los apoyos internos como el humor, la serenidad, el altruismo, etc.), y lo que puedo hacer (el cómo la persona resuelve los problemas). Estas categorías no están incluidas textualmente en la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) pero si están presentes en los factores que posee.

El término de resiliencia, implica un avance en el área para las Ciencias Sociales y Humanas al mostrar una nueva perspectiva en el que las personas resilientes no son tratadas como parte de una comunidad patológica, por el contrario,

es una expresión de salud mental que puede ser promovido. Es por ello que su surgimiento ha motivado la creación de asociaciones y eventos académicos donde es el tema principal a tratar, probando la relevancia que está adquiriendo.

Algunos ejemplos son: la guía para padres y maestros creada por la *American Psychological Association* (APA, 2016) donde se promueve como una “aptitud para desarrollarse” (párr. 1) y que también puede ser aprendida. Otro ejemplo es la creación del programa ONU-Habitad fundado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que aplica el término de la resiliencia aplicado a las ciudades - ciudadanía y gobierno-, que responden de manera conjunta ante una crisis, expresando la importancia de afrontar y/o prevenir conjuntamente las consecuencias sociales adversas ocasionadas por los eventos humanos y naturales, para “incrementar su capacidad para reducir daños y el periodo de recuperación de cualquier desastre potencial.” (párr. 2). Con esto se reafirma la importancia de desarrollar la resiliencia en cualquier persona o institución social, como una capacidad preventiva y protectora.

2.2.2.2 Diferencias entre resiliencia y otros términos

Ahora bien, la segunda parte de este apartado se centra en los términos con los que la resiliencia ha tenido controversias. A continuación se muestra la Tabla 4 para comprender mejor las diferencias que existen entre otros términos y la resiliencia. Pues en ella se plasmaron parte de los conceptos con los que ha entrado en controversia el término de resiliencia.

Además, de la Tabla 4, se concluyó que; la resiliencia posee ventajas y aportes a las personas, sin que ello niegue las contribuciones de los otros términos, pero, la resiliencia ha sido uno de los términos más aceptados y más difundidos en las Ciencias Sociales, para abordar de manera positiva a la adversidad.

Tabla 4. *Controversias entre la resiliencia y otros términos*

| Término (s) | Autor y año | Definición | Controversia |
|--|---|--|--|
| Riesgo | Garnezy (1993) ¹⁰ | “Riesgo” es el lenguaje de la epidemiología con su énfasis sobre riesgo actualizado que toma forma en la manifestación de un proceso de enfermedad o conducta desordenada.” (p. 127). | En los primeros tiempos de la resiliencia, el cuestionamiento fue saber si el riesgo y la resiliencia eran las dos caras de una misma moneda (Rutter, 1987), si era necesario la existencia de uno para el surgimiento del otro. Y se plantea el análisis desde un modelo dirigido más hacia aspectos médicos y patológicos. |
| Afrontamiento | Lazarus & Folkman (1984) ¹¹ | “Agrupa todos los actos que intentan controlar las condiciones adversas del entorno, y que disminuyen el grado de perturbación psicofisiológica producida por estas condiciones.” (pp. 130-131). | Se cuestiona si la resiliencia corresponde a un estilo de afrontamiento o a la inversa. Para (Botero y Páez, 2013) la resiliencia contiene en sí misma al afrontamiento, o bien es interdependiente e incluso plantean la posibilidad de llamarle afrontamiento positivo o resiliente. |
| Personalidad resistente (hardiness) | Kobasa y Maddi (1972) ¹² | Abarca “diferencias estructurales de personalidad que conllevan a que en determinadas situaciones unos individuos enfermen y otros no, y tales diferencias constituyen la personalidad resistente.” (p. 24). | Ortiz Viveros (2010) es una de las autoras que utiliza este término sin hacer diferenciación con el término de resiliencia, mientras que Fernández-Lansac y Crespo (2011) señalan que su principal diferencia está en que la hardiness hace alusión a un microfactor de la personalidad siendo “un patrón de actitudes y comportamientos [...] de esta forma, aquellas personas que alcancen elevados niveles de hardiness tendrán una mayor probabilidad de ser resilientes, fenómeno que no se producirá necesariamente a la inversa” (p. 25). |
| Crecimiento personal | Tedeschi y Calhoun (2004) ¹³ | El crecimiento personal es el “cambio psicológico positivo experimentado como resultado de la lucha ante circunstancias de la vida altamente desafiantes” (p. 25). | Se cuestiona su parecido pues en ambas existe un aporte positivo hacia la persona, sin embargo el crecimiento personal siempre aludirá a un cambio positivo-interno y particular, pero en la resiliencia existe un funcionamiento estable y no siempre implica un cambio. (Fernández-Lansac y Crespo, 2011). |
| Temperamento | Lemay (2009) ¹⁴ | “Se considera como el conjunto de elementos biológicos que junto con los factores psicológicos forman la personalidad” (p. 70). | Este es uno de los términos que se alejan más del concepto de la resiliencia, pues aborda exclusivamente el componente biológico -que es inamovible y hereditario- y por tanto incapaz de ser desarrollado. |

Fuente: Adaptado de “*Children in Poverty: Resilience Despite Risk*” por N., Garnezy, 1993, *Psychiatry*, (56); “Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento” por C., Di-Collaredo, D. P., Aparicio Cruz y J., Moreno, 2007, *Psicología: Avances de la disciplina*, 2, 1, 125 – 156; “Resiliencia, personalidad resiliente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: Una revisión” por V., Fernández- Lansac y L. M., Crespo, 2011, *Clínica y salud*, 22 (1), 21-40; “Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica” por M. C., García-Vesga & E. Domínguez-De la Ossa, 2012, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11, (1), pp. 63-77.

10 Se hizo una traducción del documento original y se buscó mantener la idea de la manera más fiel. Para consultar el material dirijase al apartado de referencias bibliográficas.

11 Citados en Di-Collaredo, Aparicio Cruz y Moreno (2007, p. 130-131)

12 Citados en Fernández-Lansac y Crespo L. (2011, p. 24).

13 Citados en Fernández-Lansac y Crespo L. (2011, p. 25).

14 Citado en García-Vesga y Domínguez-De La Ossa (2013, p. 70).

2.2.3 Posturas teóricas sobre la resiliencia

El término de la resiliencia aún no se acaba de esclarecer, existiendo diversas formas en las que se ha abordado su estudio. Al respecto, Puig y Rubio (2013) mencionan los siguientes criterios desde donde se ha definido y enfocado a la resiliencia, que bien pueden asumirse como posturas teóricas:

1. *Definiciones centradas en el individuo.* Se manejan conceptos como cualidad, mentalidades, característica universal, escudo protector, entre otras. En ese sentido, la Psicología positiva ha hecho avances considerables en el estudio de la Resiliencia como una característica personal necesaria para el enfrentamiento positivo ante situaciones traumáticas.
2. *Definiciones centradas en el resultado.* Algunos autores plantean que la resiliencia es el estado que se alcanza, otros recalcan el aspecto de rehacerse, de construir o reconstruir.
3. *Definiciones centradas en el proceso.* En algunos casos [...] la consideración que se otorga a la resiliencia es de realidad humana, de fenómeno connatural a la propia evolución. Estudiando el proceso y teniendo en cuenta por tanto no solo el individuo y el entorno con el que interacciona, sino la adversidad a la que se enfrenta y lo que sucede durante y después de dicho enfrentamiento. Esto implica que no se nace resiliente ni se adquiere “naturalmente” en el desarrollo, sino que dependerá de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con las otras personas, el cual es responsable de la construcción del sistema psíquico humano.

Frente a una tensión o una amenaza, el ambiente es crucial pues para la resiliencia del individuo, y [...] determinadas condiciones ambientales promueven los factores protectores internos y además contribuyen a contrapesar las respuestas de la persona, pasando de la inadaptación a la respuesta resiliente. (p. 44).

Por su parte, Luthar; Masten; Masten y Powell (citados en Becoña, 2006) indican dos focalizaciones desde las que se estudia a la resiliencia: “la aproximación focalizada en la variable y la aproximación focalizada en la persona” (p. 137). Becoña (2006) señala que la primera “examina la relación que existe entre competencia, adversidad y una multitud de potenciales factores de protección en variables que describen diferencias entre niños individuales y la naturaleza de su relación e interacciones con el

mundo en que ellos viven.” (p. 137). Para su análisis se utiliza la estadística multivariada y se analizan los efectos que moderan estas relaciones. En cuanto a la estrategia focalizada en la persona Becoña (2006) refiere que esta busca “identificar a personas que cumplen los criterios definitorios de resiliencia, cuyas vidas y atributos son estudiadas por los investigadores, particularmente en comparación con individuos desadaptados que tienen niveles similares de riesgo o adversidad pero que manifiestan resultados marcadamente diferentes.” (p. 137). En esta estrategia los estudios de caso son usualmente utilizados, indican cómo funciona la resiliencia pero no pueden ser generalizados.

Estas posturas sobre cómo y qué debe de estudiar la resiliencia, son la expresión del debate sobre su definición, pero ninguna se ha asumido como determinante para este trabajo, aunque es evidente que existe una mayor cercanía con la postura teórica que define a la resiliencia como aquella centrada en el resultado.

2.2.4 Áreas que integran a la resiliencia

Las diversas posturas de la resiliencia han dado lugar al surgimiento de diversas áreas, factores y/o componentes que la integran o que apoyan su construcción, es por ello que a continuación se nombran algunos.

Para comenzar, se encuentra *The American Psychological Association* (APA, 2017). Esta asociación menciona los siguientes factores vinculados con diez formas de construir la resiliencia. Los primeros se enlistan a continuación (APA, 2017, párr. 8-12):

- Tener relaciones de cariño y apoyo dentro y fuera de la familia.
- Relaciones que emanan amor y confianza, que proveen modelos a seguir, y que ofrecen estímulos y seguridad.
- La capacidad de hacer planes realistas y seguir los pasos necesarios para llevarlos a cabo.
- Una visión positiva de sí mismos, y confianza en sus fortalezas y habilidades.
- Destrezas en la comunicación y en la solución de problemas.
- La capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes.

En cuanto las diez formas, o consejos de cómo construir la resiliencia la APA (2017) se encuentran las siguientes:

- 1.-*Establezca relaciones*: “Es importante establecer buenas relaciones con familiares cercanos, amistades y otras personas importantes en su vida. Aceptar ayuda y apoyo de personas que lo quieren y escuchan, fortalece la resiliencia” (párr. 1).
- 2.-*Evite ver las crisis como obstáculos insuperables*: “No puede evitar que ocurran eventos que producen mucha tensión, pero si puede cambiar la manera como los interpreta y reacciona ante ellos. Trate de mirar más allá del presente y piense que en el futuro las cosas mejorarán” (párr. 2).
- 3.-*Acepte que el cambio es parte de la vida*: “Aceptar las circunstancias que no puede cambiar le puede ayudar a enfocarse en las circunstancias que si puede alterar” (párr. 3).
- 4.-*Muévase hacia sus metas*: “Haga algo regularmente que le permita moverse hacia sus metas, aunque le parezca que es un logro pequeño. En vez de enfocarse en tareas que parecen que no puede lograr” (párr. 4).
- 5.- *Lleve a cabo acciones decisivas*: “En situaciones adversas, actúe de la mejor manera que pueda. Llevar a cabo acciones decisivas es mejor que ignorar los problemas y las tensiones, y desear que desaparezcan” (párr. 5).
- 6.-*Busque oportunidades para descubrirse a sí mismo*: “Muchas veces como resultado de su lucha contra la adversidad, las personas pueden aprender algo sobre sí mismas y sentir que han crecido de alguna forma a nivel personal” (párr. 6).
- 7.-*Cultive una visión positiva de sí mismo*: “Desarrollar la confianza en su capacidad para resolver problemas y confiar en sus instintos, ayuda a construir la resiliencia” (párr. 7).
- 8.-*Mantenga las cosas en perspectiva*: “Aun cuando se enfrente a eventos muy dolorosos, trate de considerar las situación que le causa tensión en un contexto más amplio, y mantenga una perspectiva a largo plazo” (párr. 8).
- 9.-*Nunca pierda la esperanza*: “Una visión optimista le permite esperar que ocurran cosas buenas en su vida. Trate de visualizar lo que quiere en vez de preocuparse por lo que teme” (párr. 9).
- 10.-*Cuide de sí mismo*: “Preste atención a sus necesidades o deseos. Interésese en actividades que disfrute y encuentre relajantes. Ejercítese regularmente. Cuidar de sí

mismo le ayuda a mantener su mente y cuerpo listos para enfrentarse a situaciones que requieren resiliencia” (párr. 10).

A estas recomendaciones hechas por la APA (2017) se le añan las cinco dimensiones de la resiliencia que menciona Vanistendael (citado en Palomar Lever y Gómez Valdez, 2010, p. 9):

- a) *Existencia de redes sociales informales*: la persona tiene amigos, participa de actividades con ellos y lo hace con agrado; tiene en general una buena relación con los adultos.
- b) *Sentido de vida, trascendencia*: la persona muestra capacidad para descubrir un sentido y una coherencia en la vida.
- c) *Autoestima positiva*: la persona se valora a sí misma, confía en sus capacidades y muestra iniciativa para emprender acciones o relaciones con otras personas porque se siente valiosa y merecedora de atención.
- d) *Presencia de aptitudes y destrezas*: es capaz de desarrollar sus competencias y confiar en ellas.
- e) *Sentido del humor*: la persona es capaz de jugar, reír, gozar de las emociones positivas y de disfrutar de sus experiencias.

En la actualidad Vanistendael (citado en Fiorentino, 2008) ha creado una representación visual en forma de casa, sobre los elementos que debe de contener la construcción de la resiliencia. Dicha casa (la resiliencia) empieza a formarse de manera ascendente y tiene los componentes, que se visualizan en la Figura 4 y se describen a continuación.

- Suelo: “se trata de la satisfacción de las necesidades básicas como la alimentación y los cuidados elementales para la salud.” (p. 104).
- Cimientos: “aceptación incondicional [...] al menos por una persona significativa de su entorno. [...] Esta es una de las razones por las cuales son tan importantes las redes sociales de apoyo.” (p. 104-105).
- Planta baja: “la capacidad de encontrar un sentido a la propia vida” (p. 105).
- En el primer piso se encuentran tres elementos que interactúan entre sí:

1) Autoestima: “se encuentra estrechamente ligada con la aceptación incondicional del individuo y con el ejercicio de sus aptitudes y destrezas” (p. 106) es por ello que “los seres humanos adquieren el conocimiento y la valoración de sí mismos a través de la interacción con los otros significativos” (p. 106).

2) Humor: “es más que un simple mecanismo de escape o evitación [...] implica comprender la irracionalidad de las expectativas de una vida sin sufrimientos” (p. 108).

3) Competencias y aptitudes: “la adquisición de habilidades sociales, asertividad y de resolución de problemas, así como crear fuertes expectativas de control sobre la propia vida, son parte del repertorio de

habilidades de automanejo imprescindibles para afrontar eficazmente la adversidad” (p. 108).

- Desván (otras experiencias a descubrir): “estar abiertos a distintas vivencias, perspectivas y opiniones, nos permite reflexionar acerca de nuestra manera habitual de interpretar y valorar las situaciones adversas” (p. 108).

Continuando con las posturas que indican los componentes o características de la resiliencia, se tiene a Mrazek y Mrazek (citados en Palomar Lever y Gómez Valdez, 2010, p. 9) que nombran 12 habilidades de una persona resiliente:

- 1.-*Respuesta rápida al peligro*: es la habilidad para reconocer las situaciones que ponen al sujeto en riesgo.
- 2.-*Madurez precoz*: desarrollo de la capacidad de hacerse cargo de sí mismo.

Figura 4. La casita: La construcción de la resiliencia.

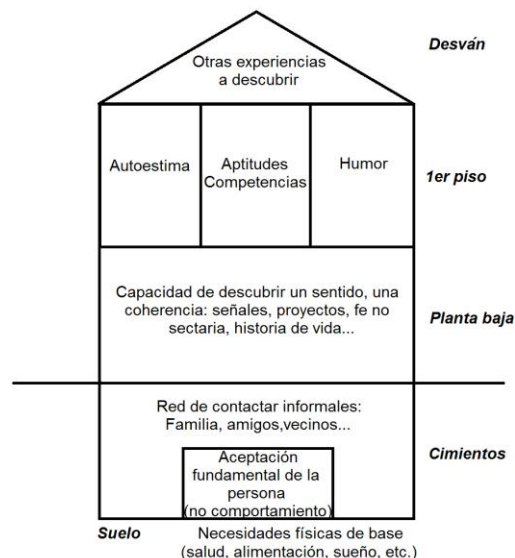


Figura 4. Representación visual de la construcción de la resiliencia, en forma de casa. (1996-2005). Adaptada de *La resiliencia: desde una inspiración hacia cambios prácticos*, (p. 8), por S. Vanistendael, Bice, Génova. Copyright 2005 por el 2º Congreso Internacional de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes.

3.-Desvinculación afectiva: se refiere a separar los sentimientos intensos sobre uno mismo.

4.-*Búsqueda de información*: se refiere a la preocupación por aprender todo lo relacionado con el entorno.

5.-*Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir*: es la capacidad para crear relaciones que beneficien a la persona en momentos críticos.

6.-*Anticipación proyectiva positiva*: se refiere a la capacidad de imaginar un futuro mejor al presente.

7.-*Decisión de tomar riesgos*: es la habilidad de asumir la responsabilidad propia cuando se toman decisiones incluso si la decisión tiene algún tipo de riesgo.

8.-*La convicción de ser amado*: creer que se puede ser amado por los demás.

9.-*Idealización del rival*: la persona se identifica con alguna característica de su oponente.

10.-*Reconstrucción cognitiva del dolor*: es la habilidad para identificar los eventos negativos de la forma que sea más aceptable.

11.-*Altruismo*: se refiere al placer de ayudar a otros.

12.-*Optimismo y esperanza*: es la disposición de tomar positivamente las cosas que podían ocurrir en el futuro.

La última postura por nombrar es la de Grotberg (citada en Muñoz Garrido y De Pedro Sotelo, 2005) quien expone las actitudes que favorecen el desarrollo de la resiliencia. De acuerdo a esta autora, son tres las actitudes que apoyan a desarrollar la resiliencia; ambiente social, recursos personales y habilidades sociales que se enlistan a continuación:

1) Ambiente social facilitador: este se refiere a las redes de apoyo social y los modelos positivos y a la aceptación incondicional de familiares, amigos y escuela. De ahí que resulta necesario desarrollar resiliencia y contar con:

Personas [...] que le quieran incondicionalmente y en quienes confiar, [...] que le pongan límites para aprender a evitar peligros o problemas, [...] que le muestren por medio de su conducta, la manera correcta de proceder (modelos para actuar), [...] que le ayuden a conseguir su autonomía, [...] que le cuiden cuando se encuentre enfermo, en peligro o necesite aprender. (pp. 115-116).

2) Recursos personales: “Es la fuerza psicológica interna que desarrolla el niño en su interacción con el mundo.” (pág. 116). Es por eso que la autoestima, la autonomía, el control de impulsos, la empatía, el optimismo, el sentido del humor y la fe o creencia en un ser superior o en la fraternidad universal, son necesarios para desarrollar resiliencia. Algunos ejemplos de cómo se debe sentir la persona, son:

[Ser] una persona por la que otros sienten aprecio y amor [sentirse] feliz cuando hace algo bueno para los demás y les demuestre su afecto [ser] respetuoso consigo mismo y con los demás. [Disposición] a responsabilizarse de sus actos [y sentirse] seguro de que todo saldrá bien. (pág. 116).

3) Habilidades sociales: Alude a “ser capaz de manejar situaciones de conflicto, de tensión o problemas personales” (p. 116), lo que se refleja hablando sobre lo que asusta e inquieta, controlando las ganas de hacer algo peligroso o que no está bien y contar con una persona que escuche y le ayude cuando lo necesita.

Cada una de estas posturas expuestas proponen componentes de la resiliencia y se hizo una lista de algunos componentes que compartían los artículos revisados. Para hacer dicho listado, se tomó en cuenta la definición que se daba sobre el componente de la resiliencia y se retomó el título que brindan algunos de los autores para plantear su postura, pero utilizando elementos de los demás autores revisados en la realización de la definición. A continuación se enlistan cada uno en orden de repetición:

- Una visión positiva: sin excepción cada autor indagado menciona como elemento fundamental este aspecto que hace hincapié en la percepción propia de los recursos que se tiene y sobre la situación a enfrentar -siempre, de manera realista-. Alude a la responsabilidad, a la decisión y otros aspectos personales sobre el suceso que es adverso como una forma de aprendizaje y crecimiento.
- Relaciones personales sanas: otro elemento que sin excepción mencionado como es el apoyo brindado por parte de otras personas, sin que este caiga en la dependencia, es decir una persona que desarrolla resiliencia sabe que puede contar con otras personas en una situación difícil, pero no esperará a que sean los demás

quienes resuelvan sus problemas. Por tanto los otros se vuelven una herramienta de apoyo.

- Sentido de vida: otro elemento es el sentido de la vida, el cual se refiere al motor o la razón por la cual desea seguir adelante, salir de la situación adversa e incluso seguir vivo. Este sustentará su existencia y apoyará a desarrollar resiliencia siempre que se presente esta fórmula: plan-decisión-acción, es decir, la persona siempre emprenderá acciones que le lleven a resultados que le acerquen a los objetivos o metas que se derivan de su sentido de vida.
- El humor: es un elemento personal que bien podría entrar en el elemento de “visión positiva”, por estar ligado a esta, pero se diferencia cuando se externa, ya que lo hace por medio de una reacción física (como la risa) hacia la situación, de la cual se vale la persona para minimizar los inconvenientes y hacerlos más llevaderos.

Otro elemento que merece mención es:

- El autocuidado: Si bien este elemento solo es mencionado de manera puntual por la *The American Psychological Association* (APA, 2017) se considera de suma relevancia, por indicar el cuidado que debe de brindarse la propia persona no sólo para salir de la situación adversa sino también para mantener un estado lo más óptimo posible. Otra razón de peso para mencionarlo es la finalidad última es este trabajo; diseñar un programa de intervención para cuidadores primarios informales, donde el autocuidado tiene un papel importante al apoyar a la salud y el bienestar de la persona que cuida y así evitar en lo posible un deterioro severo que resulte en dependencia generada por el desgaste de los cuidados brindados.

El listado personal, no es estático, pero sirve como indicador de las áreas que tienden a ser analizadas en los estudios de diversos lugares que fueron revisados, además de que refleja a la resiliencia como una capacidad que forzosamente tiene repercusiones internas que se expresaran en un sistema social, y a la inversa, por tanto el ambiente puede apoyar, o no, en el desarrollo de la misma.

2.2.5 Instrumentos y medición de la resiliencia en diversos contextos

Uno de los caminos que se han utilizado para darle carácter científico al término; resiliencia, es el de la medición y la creación de instrumentos para este fin. Un ejemplo

de esto último se encuentra en la revisión bibliográfica que hace Ospina Muñoz (2007) quien nombra tres formas de medición e instrumentos utilizados conforme a cada una.

1. Pruebas proyectivas. Dentro de este tipo de pruebas destaca el estudio realizado por Strümpfer (citado en Ospina Muñoz, 2007) que optó por poner a un grupo de adultos a completar historias de manera verbal, donde las situaciones son sobradamente dificultosas o solicitantes, para de esta manera identificar estilos cognitivos, emocionales y de conducta que señalaría cual es el tipo de resolución de problemas que tiene de manera individual mostrando información proyectiva del inconsciente y la información consciente reconocida o verbalizada sobre sí mismo. De esta manera se analizan los deseos y anhelos que en conjunto con la demás información inconsciente y consciente por medio de la deducción implícita pues son aspectos de la personalidad que se expresan a lo largo de la vida en diversos comportamientos.
2. Pruebas psicométricas. Ospina Muñoz (2007) señala a los cuestionarios de auto reporte tipo Likert que son estandarizados por pruebas de análisis factorial, como los más usados, lo cuales sustentan su información por medio de una teoría explicativa. Así también menciona una predominancia de la valoración clínica para cuadros psiquiátricos, en torno a la resiliencia.
3. Pruebas de imaginología¹⁵ o imagenología. Ospina Muñoz (2007) menciona como ejemplos las mediciones potenciales electroencefalográficos, pruebas neuroendocrinológicas, pruebas del sistema inmunitario, y en general de imaginología cerebral, además de los exámenes genéticos donde se revisa el ADN y el genoma humano. Todos estos instrumentos son utilizados para analizar la resiliencia y principalmente su relación con el temperamento, el cual es la base biológica del carácter y este se determina por procesos fisiológicos y factores genéticos que repercuten en las manifestaciones conductuales, de ahí que Suárez Ojeda (citado en Ospina Muñoz, 2007) concluya en una investigación que el 30% de los atributos resilientes son heredados.

¹⁵Aunque la Real Academia Española (RAE, 2016) sólo define a la imagenología como “un estudio y utilización clínica de imágenes producidas por los rayos X, el ultrasonido, la resonancia magnética, etc.” (párr. 1) sin tomar a la palabra imaginología como sinónimo de imagenología, en otros textos especializados si lo hacen, ejemplo de ello es la Organización Internacional de Energía Atómica (2013) en uno de sus boletines y es por eso que para este trabajo se toman como intercambiables.

Otra aportación sobre la manera de evaluar la resiliencia la mencionan Luthar y Cushing (citados por Salgado Lévano, 2005) quienes se enfocan en la delimitación terminológica para abordar la medición de la resiliencia, como lo son:

- I. Medición de adversidad. Se mencionan tres tipos diferentes de medir la adversidad o riesgo, que a continuación se mencionan:
 - a) Medición de riesgo a través de múltiples factores: Se miden diferentes factores en un solo instrumento que generalmente suele ser una escala de eventos negativos en de los cuales se especifican aquellos que han estado presentes en la vida de la persona, como lo son: la separación del padre y la madre, experiencias de guerra, alguna enfermedad por parte de uno de los progenitores, entre otros.
 - b) Situación de vida específica: El riesgo se determina a partir de la sociedad, los individuos o los investigadores consideran una situación estresante en la vida. Situaciones como la muerte de un familiar o un desastre natural hacen que el individuo se encuentre más vulnerable ante el estrés y por tanto a otros factores de riesgo. Esta forma de medición posee dificultades cuando se intenta distinguir entre factores que están directamente relacionados con el riesgo (factores proximales) y aquellos factores que pudieran ser mediadores entre el riesgo y el resultado esperado (factores distales).
 - c) Constelación de múltiples riesgos: Estos estudios de mapeo, asignan un puntaje a las fuentes de adversidad (de la vida real) y toman en cuenta la interacción entre factores sociales, comunitarios, familiares e individuales de manera conjunta para determinar la influencia de estos en el desarrollo humano y la superación de la adversidad.
- II. Medición de adaptación positiva: A pesar de ser muy similar a la medición enfocada en la adversidad, se distingue por operacionalizar el constructo.
 - a) Adaptación según factores múltiples: Aquí se mide la adaptación mediante el logro de metas que son acordes a la etapa del desarrollo que cursa la persona. También se le pregunta a las personas que conviven más de cerca (profesores, el padre y la madre, así como a sus amistades) para medir la conducta de adaptación positiva a través de un test. Dicho test tendrá variaciones debido a que cada comunidad

define de manera distinta la adaptación positiva, sin embargo la importancia está en la relación que tiene con la definición de riesgo.

- b) Ausencia de desajuste: Suelen ser cuestionarios clínicos que identifican desordenes psiquiátricos en personas con elevado riesgo de psicopatología a excepción de los casos clínicos extremos. Esta medición donde define a la resiliencia a partir de la superación ante la adversidad y la falta de sintomatología, pese a que en la mayoría de los estudios se relacione a la resiliencia con la presencia de competencia aún en la adversidad.
 - c) Constelación de adaptación: La medición se saca de la adaptación positiva de diferentes conductas o tipos de adaptación y para ello se tiene como base un modelo teórico que generalmente se centra en las teorías del desarrollo. Además se incorporan puntajes de pruebas y escalas más opiniones de otras personas. Un ejemplo de adaptación positiva podría situarse en la escuela en donde podría medirse con la obtención de buenas calificaciones una adecuada disciplina, y entrevistas con los compañeros y sus tutores.
- III. Medición del proceso de resiliencia: Este tipo de medición alude a la unión crítica entre adversidad y adaptación positiva y la evaluación del proceso. Existen dos tipos de modelos desde donde se mide, estos son:
- a) Modelos basados en variables: Inicia con un análisis estadístico para buscar la relación entre variables de riesgo o adversidad, resultados esperados y factores protectores capaces de compensar o proteger de los efectos de riesgo. Para esto se busca replicar patrones o interacciones exitosas en la adaptación resiliente.
 - b) Modelo basado en individuos: Aquí se hace una comparación de individuos a lo largo del tiempo, es decir se les estudia de manera longitudinal, donde se cuestiona cuáles son las diferencias entre niños resilientes y aquellos que no lo son a lo largo de su vida o sobre un área en particular, por decir un ejemplo. También se busca ubicar las interacciones entre factores que suceden de manera natural para realizar hipótesis respecto a las diferencias para que se dé la adaptación.

En cuanto a los instrumentos se ha hecho una recopilación de pruebas tomando en cuenta el año en que fueron presentadas para ello se han realizado dos tablas. La Tabla 5 retoma instrumentos del año de 1900 en adelante y la Tabla 6 los instrumentos

correspondientes al año 2000 y sus consecuentes. Para su realización se mostraron únicamente las clasificaciones de Ospina Muñoz (2007) y Luthar y Cushing (citados por Salgado Lévano, 2005).

Tabla 5. *Instrumentos de la resiliencia del año 1900 en adelante*

| Instrumento | Medición que hace |
|---|--|
| Questionario de Perfil de vida del estudiante Institut Search (1989) | Habilidades del desarrollo, indicadores de éxito, déficits en el desarrollo (relacionados con el ambiente) y conductas de riesgo. Otra consideración: Consta de 156 ítems. |
| Dispositional Resilience Scale Bartone, Ursano, Wright e Ingraham (1989) The Resiliency Scale Jew (1992) | Estilos de personalidad resiliente; constructo referido al compromiso, el control y cambios desafiantes. Otra consideración: La escala tuvo razones de entrenamiento militar. Niveles individuales de tres factores de la resiliencia: optimismo, adquisición de habilidades y toma de riesgos. Otra consideración: La resiliencia se conceptualizó como una característica “mutable” a través de la vida y las predisposiciones individuales y es por ello que esta escala es sensible a la edad y el género que están influenciados por la socialización y la expectativa social. |
| My Child’s Friendships Scale Doll (1993) | Cuatro competencias sobre relaciones interpersonales: frecuencia de la interacción social, habilidad para resolver pequeñas discordias, frecuencia de conductas prosociales y habilidad para resolver conflictos con sus pares. Otra consideración: Tiene una consistencia interna de 0.77. |
| La Escala de Resiliencia Wagnild y Young (1993) | Mide dos factores: competencia personal y aceptación de sí mismo y de su vida. Otra consideración: Se validó a partir de las entrevistas hechas a 24 mujeres americanas que tuvieron una adaptación exitosa a los acontecimientos importantes de la vida. Además muestra correlación con escalas que miden satisfacción con la vida, moralidad y depresión. |
| Adolescent Resiliency Belief System Jew y Green (1995) | Creencias optimistas de los estudiantes. Otra consideración: Tiene una consistencia interna de 0.83 a 0.92. |
| The Individual Protective Factors Index Sprinter y Philips (1995) | Factores protectores, haciendo énfasis en cada uno de los factores internos de la resiliencia que posee cada sub escala que la compone. |
| Communities that Care Youth Ego Resiliency Scale Pollar y otros (1996) Block y Kremen (1996) | Otra consideración: Reporta un coeficiente alpha de 0.58 (n= 2,416). 87 ítems miden: factores de riesgo y 27: factores protectores. Otra consideración: Tiene un coeficiente alpha de 0.75 (n=10, 607). |
| Test de factores de Resiliencia Grotberg (1996) | Mide el: yo resiliente. Otra consideración: El yo resiliente es el conjunto de “habilidades de un individuo para autocontrolarse siguiendo el contexto.”(Ospina Muñoz, D. E., 2007, p. 61). |
| The Healthy Kids Resilience Assessment Constantine, Bernard y Díaz (1999) | Factores de resiliencia utilizados ante la adversidad en niños y progenitores. Otra consideración: Este instrumento fue utilizado para <i>The International Resilience Project</i> (El Proyecto Internacional de Resiliencia) en el cual participaron 14 países: Lituania, Rusia, Costa Rica, República Checa, Brasil, Tailandia, Vietnam, Hungría, Taiwán, Namibia, Sudán, Canadá, Sudáfrica y Japón. |
| Resiliency Scale for Adolescents Jew, Green y Coger (1999) | Factores protectores internos y factores protectores externos, asociados a los resultados positivos y de protección ante los riesgos de salud que corren los adolescentes. Otra consideración: Tiene un coeficiente alpha de 0.72. Orientación hacia el futuro, adquisición de habilidades y toma de independencia y riesgo. Otra consideración: Como identifica problemas específicos de adolescentes la escala puede ayudar a orientar al docente para hacer intervención. |

Fuente: Adaptado de “Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana” por A. C. Salgado Lévano, 2005, *Liberabit*, 11, (11).

Tabla 6. *Instrumentos de la resiliencia del año 2000 en adelante*

| Instrumento | Medición que hace |
|---|--|
| Resilience Profile for Students with Disabilities <i>Perry y Bard (2000)</i> | Solución del problema de discapacidad, habilidades sociales, problemas sociales, sensación de impotencia y competencias orientadas a factores resilientes. |
| The Resilience Assessment of Exceptional Students <i>Perry y Bard (2001)</i> | Otra consideración: Se construyó a partir de la validación y confiabilidad de una de las subescalas de la Escala de Afrontamiento a Discapacidad elaborada por los mismos autores en 1992 pero sin llegar a ser publicada. |
| Inventario de Factores Protectores de Baruth (BPFi, por su siglas en inglés) <i>Baruth y Carroll (2002)</i> | Conocimiento de la excepcionalidad, planeación de las necesidades y pensamiento alternativo para resolver problemas relacionados con la excepcionalidad. |
| Escala de Resiliencia Adolescente <i>Oshio y otros. (2002)</i> | Otra consideración: Se considera útil para el diagnóstico, intervenciones e investigaciones con alumnos excepcionales. |
| The Brief Resilient Coping Scale <i>Siclair y Wallston (2004)</i> | Factores protectores primarios: personalidad adaptable, ambiente de apoyo, estresores menores y compensación de experiencias. |
| Entrevista Social de Competencia (SCI, por sus siglas en inglés) <i>Ewart, Jorgensen, Suchday, Chen y Matthews (2002)</i> | Búsqueda de novedad, regulación emocional y orientación futura positiva. |
| | Otra consideración: Los participantes tuvieron que contestar también una Escala de Autoestima y sus experiencias pasadas de acontecimientos negativos de vida. |

Fuente: Adaptado de "Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana" por A. C. Salgado Lévano, 2005, *Liberabit*, 11, (11).

^a Para la realización de las tablas se tomó en cuenta únicamente las tipificaciones de Ospina Muñoz (2007) y Luthar y Cushing (citados por Salgado Lévano, 2005) y se tuvo en cuenta que no todos los instrumentos medían la resiliencia pero sí aspectos que en su momento fomentaron o apoyaron su estudio en las Ciencias sociales y Humanas.

La clasificación hecha en las Tablas 4 y 5 recolectó los instrumentos mostrados por Ospina Muñoz (2007) a partir de su clasificación de tres tipos: pruebas proyectivas, pruebas psicométricas y pruebas de imaginología. Por su parte la clasificación de Luthar y Cushing (citados por Salgado Lévano, 2005) es más detallada y se centró en el concepto de la resiliencia.

Otro aspecto importante en cuanto a la medición de la resiliencia es el contexto el cual puede ser definido como el “entorno físico o de situación, político, histórico, cultural o de cualquier otra índole, en el que se considera un hecho.” (RAE, 2017, párr. 2). Y ante ello Bonanno (citado en Serrano-Parra et al., 2012) menciona que la variabilidad del constructo podría deberse al “contexto, edad, género y origen cultural” (p. 55), pues se modifica conforme a las situaciones en la que se presente y no sería de extrañarse que también lo haga de acuerdo a la etapa del desarrollo en la que se evalúa a la persona.

Con esta finalidad se hablará de uno de los instrumentos más utilizados y o adaptados, que miden resiliencia; la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (2003). En la Tabla 7 se muestran las variaciones que tuvo el instrumento. Algunas consideraciones sobre el porqué de las variaciones se conjuntan en tres puntos:

1. La cultura y el contexto social colaboran a la diversificar la respuesta resiliente. Ya que la resiliencia se desarrolla en un contexto social y cultural, parece que la manera en la que se responde ante una situación adversa va a variar de acuerdo a la influencia de estas, y por tanto se evidencia una falta generalización en cuanto a la presentación de la respuesta resiliente.
2. Al cambiar la situación adversa varían los factores que intervienen en la manifestación de la resiliencia. Para ejemplificar esto, se han puesto intencionalmente dos escalas de resiliencia ambas inmersas en el contexto español y que se basaron en el trabajo de Connor y Davidson, en el primer instrumento se evalúa a una muestra en adultez mayor y se toma como situación adversa la etapa del desarrollo que se cursa al considerar los cambios a experimentar como una muestra de ello. En cuanto a la segunda en se considera que el cuidado informal que se realiza hacia un familiar, puede elevar los niveles de estrés y por tanto se le cataloga como una adversidad. En ambas se puede notar que los factores

considerados para mostrar resiliencia son distintos, pero no lo suficientemente alejados para decir que son separados u opuestos.

3. La manera en la que se analiza la información obtenida. Es decir; el curso propio del investigación influye en las diferencias, por tanto el objetivo general, el tipo de muestra, la traducción de la escala de Connor-Davidson, la versión de esta, las otras escalas o instrumentos tomados en cuenta para la adaptación, validez o creación de la escala de resiliencia para esa investigación, entre otros elementos contribuyen a la diversificación en cuanto a los factores de la resiliencia medidos.

Tabla 7. *La Escala de Resiliencia de Connor y Davidson en diferentes contextos.*

| Escala de Resiliencia de Connor- Davidson (2003) | |
|--|--|
| <p>Objetivo: Describir una nueva escala de calificación para evaluar la resiliencia. Ítems: 25 Confiabilidad: 0.89</p> <p>Factores medidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Competencia personal, altos estándares y tenacidad. 2. Confianza en los instintos, la tolerancia del afecto negativo y fortalecimiento de los efectos del estrés. 3. Aceptación positiva del cambio y las relaciones seguras. 4. Control. 5. Influencias espirituales. | |
| Versión adaptada | Objetivo y factores medidos |
| <p style="text-align: center;">Creación de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)</p> <p>Autoras: Palomar Lever y Gómez Valdez (2010). Muestra: 217 sujetos de 18 a 25 años de ambos sexos. Ítems: 43 Confiabilidad: 0.93</p> | <p>Obj: Desarrollar un instrumento con población mexicana (Escala de Resiliencia Mexicana, RESI-M), tomando como base dos escalas que miden la resiliencia en adultos: The Connor – Davidson Resilience Scale (CD-RISC) de Connor y Davidson (1999) y The Resilience Scale for Adults (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen (2001). (p.7).</p> <p>Factores: 1) Fortaleza y confianza en sí mismo, 2) Competencia social, 3) Apoyo familiar, 4) Apoyo social, 5) Estructura personal.</p> |
| <p style="text-align: center;">Validez de la Escala de Resiliencia Española de Connor-Davidson (CD-RISC)</p> <p>Autores/as: Serrano-Parra, Garrido-Abejar, Notario-Pacheco, Bartolomé-Gutiérrez, Solera-Martínez y Martínez-Vizcaino, (2012). Muestra: 300 personas (de 60 a 75 años) autónomas para las actividades de la vida cotidiana y sin deterioro cognitivo. Ítems: 17 Confiabilidad: Alfa de Cronbach de 0,79 para las dimensiones Tenacidad-Autoeficacia y "Control personal, y de 0,56 Competencia social.</p> | <p>Obj: "Evaluar las características psicométricas de la versión española del CD -RISC en una muestra de personas mayores no institucionalizadas y comparar su estructura factorial con la que muestra la escala original." (p. 49).</p> <p>Factores: 1) Tenacidad y autoeficacia, 2) Control personal, 3) Competencia social.</p> |
| <p style="text-align: center;">Adaptación española de la "Escala de Resiliencia de Connor- Davidson"</p> <p>Autoras: Crespo, Fernández-Lansac y Soberón (2014). Muestra: 111 cuidadores no profesionales de parientes mayores. Ítems: 21 Confiabilidad: $\alpha = 0.90$</p> | <p>Obj: "Evaluar las propiedades psicométricas de la adaptación española de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en situaciones de estrés crónico." (párr. 1).</p> <p>Factores: 1) Afrontamiento y persistencia en situaciones de estrés, 2) Fortalecer el efecto del estrés y la orientación hacia los objetivos. 3) Evaluación positiva, 4) Confianza.</p> |
| <p style="text-align: center;">Versión y validación coreana de la Escala de Resiliencia en Connor-Davidson</p> <p>Autores: Jun et al (2012). Muestra: 194 personas de la población en general y 127 pacientes ambulatorios psiquiátricos. Ítems: 24 Confiabilidad: Alpha de Cronbach respecto a la población general: 0.92.</p> | <p>Obj: "Describir el desarrollo de una versión coreana del CD-RISC (K-CD-RISC) y para establecer con mayor firmeza sus propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez." (p. 319).</p> <p>Factores: 1) Un sentido de control y tenacidad, 2) Autoeficacia, tolerancia de afecto negativo y fácil recuperación, 3) Aceptación positiva del cambio y relaciones seguras, 4) Liderazgo y confianza en los instintos, 5) Influencias espirituales.</p> |

Fuente: Adaptado de "Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC)" por K. M., Connor y J. R. T., Davidson, 2003, *Research article*, (18), pp. 76- 82.

La Tabla 7 mostró sólo algunas adaptaciones hechas a la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (2003) que ejemplificaron las variaciones conceptuales. Hasta aquí, el panorama sobre la implementación de un instrumento de resiliencia parece incierto, y poco consistente en apariencia, pero uno de los motivos por los que se insiste en seguir investigando a la resiliencia son los beneficios que se le encuentran para la protección de la salud física y mental, e inclusive para la prevención de padecimientos de diverso índole. Aunque para ello se ha enfrentado a la falta de estandarización a nivel mundial de los instrumentos que la miden, pese a ello existen elementos que en ningún contexto se han descartado y que tienen que ver con:

1. Tener conocimiento del significado de la adversidad toda vez que amenace el desarrollo humano.
2. La resiliencia debe siempre de estar ligada a una adaptación positiva ante la adversidad.
3. La resiliencia es dinámica al interactuar con mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales (García-Vesga y Domínguez-De la Ossa, 2012).

Es entendible que este último punto sea uno de los que facilite la infinidad de respuestas ante la situación adversa, pero al mismo tiempo uno de los que más apoya a reafirmar los puntos anteriores toda vez que se hace investigación, al indicar su presencia en la resiliencia. En este trabajo no se dieron respuestas a las preguntas generadas de las controversias surgidas de la medición de la resiliencia, pero se espera que se fomenten más investigaciones en este campo.

Se puede concluir que los instrumentos que miden resiliencia han tenido distintas modificaciones conforme al modelo de intervención dominante, así encontramos en los inicios de la medición de la resiliencia una perspectiva psicoanalítica desde la cual se analiza por medio de pruebas proyectivas. Se ve como los instrumentos de medición también se ven influenciados por las perspectivas que ha tenido la resiliencia; algunos se enfocan en medir a la resiliencia como una característica individual, otros lo hacen como una capacidad universal, los primeros estudios, por ejemplo, sitúan a la resiliencia como una patología favorable pero descontextualizada o presente, únicamente, ante situaciones consideradas como de alto riesgo, más que en situaciones de la vida diaria, entre otros. Varios de estos

aspectos se han debatido y algunos se han aclarado más que otros, es por eso reafirmar que las aparentes contradicciones resultan ser sólo momentos de controversia que forman parte del proceso de investigación.

En cuanto a los diferentes contextos en los que se ha medido la resiliencia se ejemplificó mediante las modificaciones que ha sufrido un mismo instrumento por cuestiones culturales, utilización de términos, y cuestiones propias de la investigación. Esto lleva a proponer la iniciativa para realizar estudios que se hagan en condiciones similares desde el objetivo hasta el contexto para corroborar la fiabilidad en los factores de resiliencia medidos. Por otro lado, las situaciones contextuales fueron analizadas únicamente desde el estudio de la persona que presenta una respuesta resiliente, es decir no se analizó sistemas más amplios como la familia, las ciudades, las sociedades, entre otros, de los cuales no se descarta la importancia de su estudio, aunque para esta investigación no fue necesario retomarlos.

2.3 El cuidado, el cuidador y la persona cuidada

2.3.1 Cuidado: definición y diferencia con otros términos

El primer concepto que se revisó es el de cuidado, a continuación se muestra un breve recorrido sobre algunas enunciaciones de dicho término y posteriormente se pasará al abordaje de otros términos con los que se le asocia.

De acuerdo a la Real Academia Española (RAE, 2017) la palabra cuidado proviene del latín *cogitātus*; 'pensamiento' y hace alusión a la:

Solicitud y atención para hacer bien algo. [Es la] acción de cuidar (asistir, guardar, conservar), [que implica] recelo, preocupación, temor. [Dicho término también puede ser utilizado] para amenazar o para advertir la proximidad de un peligro o la contingencia de caer en error, con sentido ponderativo o para llamar la atención. (párr.1 – 5).

Al respecto, Alba Martín (2015) indica los orígenes de su uso cuando menciona que “el término “cuidado” fue debatido por el filósofo Aristóteles, que hizo de la cura un concepto próximo a lo que [hoy] entendemos” (p. 103) de hecho este acontecimiento tuvo lugar en el ámbito de la salud y casi a la par que el término de cura, para así,

reflejar la intención de mantener en condiciones óptimas a un ser vivo particularmente humano, al respecto, Vélez Álvarez y Venegas García (2011) mencionan que esta acción se relaciona con la necesidad primitiva de supervivencia ante alguna amenaza para evitar el dolor o la muerte, además de que se ha ido puliendo por medio de la razón. Dichos autores afirman que el cuidado es “más que el hacer y el estar, es la voluntad de los seres humanos la que los impulsa a un bien ser, el cual está siempre en vigilancia, inicialmente, por el sujeto mismo y, en una segunda instancia, por otros” (p. 178). Algunos ejemplos sobre cómo se ha definido el término de cuidado, son:

- “El cuidado como comportamiento social que colabora en la transformación pacífica de los conflictos, en la reproducción de valores morales y en el desarrollo de habilidades para la convivencia” (Comins citado en Valencia Londoño e Hincapié Rojas, 2016, p. 264).
- Bosch, Carrasco y Grau (citados en Carrasco, 2009) indican que el trabajo de cuidados abarca un concepto más amplio el de la “*sostenibilidad de la vida*; proceso que hace referencia no sólo a la posibilidad de que la vida continúe, sino a que se desarrolle en condiciones de humanidad.” (p. 46).
- Para Vélez Álvarez (2011) el cuidado es más que una actitud intrínseca de la raza humana, es “un conjunto de actos conscientes del sujeto mismo que habita en las circunstancias, pero también es una labor que los profesionales en salud cultivan como producto de su profesión misma” (p.177).

A su vez esta actividad parece tener ciertas exigencias sociales y/o profesionales para quien la ejecuta como “alimentar-se, asear-se, peinar-se, amar-se, recordar-se”; “darse cuenta de sus actitudes, intereses y motivaciones; además, requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad y apoyo efectivo” (Vélez Álvarez & Venegas García, 2011, p. 178; Watson citado en Báez-Hernández, Nava-Navarro, Ramos-Cedeño & Medina-López, 2009, p.132) o la realización de una serie de pasos como la que propone Swanson (citado en Báez-Hernández et al., 2009) que consta de “cinco procesos básicos secuenciales (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias)” (p.129). Por lo tanto, se puede inferir que el cuidado abarca conocimientos técnicos y prácticos (sobre todo para él o la profesional), así como actitudes correspondientes a

las relaciones humanas en pro del bienestar físico y/o subjetivo, a esto se ha de añadir que el cuidado también implica un análisis y los recursos físicos a utilizar para llevarlo a cabo, por ejemplo un progenitor procurará el espacio más adecuado para bañar, dar de comer, vestir o incluso jugar con su hijo, así como una enfermera trabajará dentro de un hospital con herramientas avaladas para ejercer su trabajo.

En relación a la dicotomía existente en el cuidado –por un lado técnico, por otro interpersonal- se le añaden los estudios y modelos generados a partir de ello. Por ejemplo, en correspondencia a la postura que se centra en el cuidado como el producto de una relación interpersonal y de creencias o costumbres, existen dos eventos que lo ilustran:

- Para Carrasco (2009) el debate inicia hacia los años 70 cuando se busca combatir la invisibilidad del trabajo doméstico al poner de evidencia el “trabajo de cuidados” como la actividad [que hace posible la] sostenibilidad de la vida.”(p.46).
- Por su parte, Arroyo Rueda (2010) menciona dos modelos de cuidado desde la perspectiva feminista; el familista y el desfamiliarizador, sobresaliendo el primero en Latinoamérica, aquí la responsabilidad principal de cuidado compete a las familia y dentro de ella a las mujeres a través del parentesco y al ser “predominante en nuestra cultura, privilegia la institución del matrimonio y una rígida división sexual del trabajo, a su vez que favorece la falta de participación del Estado en la responsabilidad social del cuidado” (Aguirre citado en Arroyo Rueda, 2010, p. 5), y el modelo desfamiliarizador “tiende a desprenderse de la responsabilidad del cuidado y depositar en otros (el Estado o el mercado) la tarea de los cuidados, como ocurre en muchos países desarrollados” (Arroyo Rueda, 2010, p. 5)

En cuanto, al cuidado técnico-médico, existen tres niveles de atención a la salud; nivel primario de atención, nivel secundario de atención y nivel terciario de atención que pueden ser definidos “como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” (Julio, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011, p. 12) y de los cuales se ahondara más en el apartado “Tipos de cuidado: similitudes y diferencias”, por ahora se indica que estas dos posturas –ver al cuidado como un aspecto técnico o interpersonal- en las que el cuidado se ha analizado no son excluyentes entre sí y su estudio ha obedecido más a intereses científicos, políticos,

económicos y gubernamentales. Todo esto se ha generado en torno al cuidado como término analizado, y para identificar el debate entre la utilización y significado de diversos términos que se relacionan, se creó la Tabla 8.

Tabla 8. *Diferencias entre el término de cuidado y otros términos.*

| Término | Definición | Diferencias |
|------------------|--|--|
| Atender | “Es la manera como la intencionalidad del cuidado se refleja en la corporalidad, es la forma como los sujetos se extienden sobre los otros para intervenir el cuerpo ajeno, para el acto del cuidado de las personas.” (Vélez Álvarez y Venegas García, 2011, p. 180). “Acoger favorablemente, o satisfacer un deseo, ruego o mandato. Esperar o aguardar.” (RAE, 2017, párr. 1). | Implica las acciones o inacciones que se emprenden para favorecer una intervención física más que espiritual o humana. Por tanto, este término no se considera adecuado para representar el cuidado, al menos no de manera integral por enfocarse en procedimientos y aspectos meramente orgánicos o físicos y dejar de lado el interés sobre el bienestar subjetivo. |
| Epimeleia | Actividades del amo de casa, las tareas del príncipe que vela por sus súbditos, los cuidados que deben dedicarse a un enfermo o a un herido, o también los deberes que se consagran a los dioses o a los muertos. Respecto de uno mismo, igualmente, la <i>epimeleia</i> implica un trabajo. (Foucault citado en Vélez Álvarez y Venegas García, 2011, p. 180). | En el vocablo griego se traduce como cuidado, solicitud, atención, e induce a un entendimiento más completo del término de cuidado -en otros lenguajes- pues no solo habla del cuidado personal sino también de la labor de cuidado proveniente de otros reconociéndole como un trabajo. Por tanto, este término puede ser sinónimo de cuidado, en casi todas las situaciones que se asuma según su definición mostrada, pero no ha sido un término tan difundido en la cultura hispanohablante. |
| Vigilar | “el poder que tiene el ser humano de estar atento de sí mismo y de los otros en coherencia con las circunstancias.” (Begrich citado en Vélez Álvarez y Venegas García, 2011, p. 180) “Observar algo o a alguien atenta y cuidadosamente.” (RAE, 2017, párr. 1). | Implica la autoobservación y la observación propia en relación a una situación y el contexto. Como se ve este es uno de los términos más incompletos y menos adecuados si es que quisiera utilizarse como intercambiable con el término de cuidado. No es ajeno a este pero no lo representa en su totalidad. |

Fuente: Adaptado de “El cuidado en enfermería perspectiva fenomenológica” por C., Vélez Álvarez, 2011, *Hacia la Promoción de la Salud*, 16, (2), pp. 175-189; “Atender” por Real Academia Española, RAE, 2017; “El cuidado en enfermería perspectiva fenomenológica” por C., Vélez Álvarez, 2011, *Hacia la Promoción de la Salud*, 16, (2), pp. 175-189; “Vigilar” por Real Academia Española, RAE, 2017.

La Tabla 8 evidencia cómo el término de cuidado inicialmente fue entendido como una respuesta “natural” con una serie de conocimientos y procedimientos. Posteriormente, se enfocó en el bienestar subjetivo, trayendo múltiples fluctuaciones en su análisis, de ahí que existieran momentos en que esta palabra se solapó, o se tomó como el igual de otros términos, por falta de claridad. Pero ello, no ha impedido su investigación, o su clasificación en categorías, como: cuidado formal o profesional y cuidado informal, las cuales serán abordadas más adelante.

2.3.1.1 Tipos de cuidado: similitudes y diferencias

El cuidado informal tiene diferentes niveles que influyen en la práctica del profesional. De acuerdo a Wilson citado en Martínez González et al. (2008), los Cuidadores Primarios Formales “son integrantes del equipo de salud capacitados para dar un servicio profesional remunerado por tiempo limitado (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros)” (p. 24) estos profesionales no necesariamente poseen un tipo de especialización, aunque indiscutiblemente deben poseer un título profesional y son ellos quienes se encuentran en el primer nivel de cuidado donde se encargan de recibir al paciente y usualmente sólo brindarle consulta.

Otro nivel de cuidado es el secundario, aquí el papel del profesional está en relación a las instancias que fomentan el cuidado atencional, tal y como lo comentan Julio et al. (2011) este tipo de cuidado se recibe en “los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediátrica, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría.” (p.12).

En cuanto al tercer nivel de cuidado o cuidado terciario, se tiene una cobertura mucho más amplia y es realizado por profesionales que brindan “la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él.” (Julio et al., 2011, p. 12.).

Como se puede notar es un profesional quien brinda éste tipo de cuidados y su papel y funciones están enmarcadas por el conocimiento, estudio y atención a las necesidades de la persona receptora de cuidado. Pero por cuestiones económicas e inclusive falta de recurso humano existe otro tipo de cuidado que suele surgir en mayor cercanía a las esferas de relación humana que tiene la persona cuidada y sin conocimientos profesionales, a este se le denomina cuidado informal o no profesional y tiene dos niveles de ejecución: el cuidado informal primario y el cuidado informal secundario.

El primer nivel de cuidado informal es el primario, y suele estar ligado con los círculos sociales más cercanos a la persona cuidada, algunos ejemplos “suelen ser cónyuges, hijos, familiares del paciente, pero pueden ser allegados, vecinos o voluntarios.” (Párraga Díaz, 2005, p.1). Específicamente en el círculo social familiar y

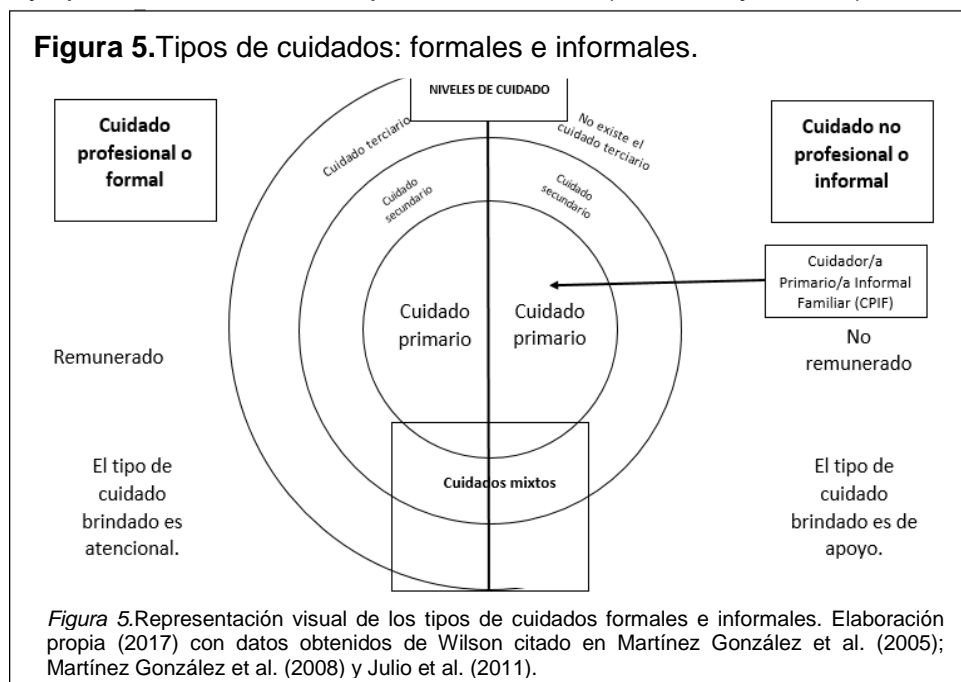
se desprende la figura del Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF) “quien asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; sin recibir una remuneración económica ni capacitación previa para la atención del paciente.” (Martínez González et al., p. 24).

En cuanto al segundo nivel de cuidado o cuidado secundario, se puede decir que también surge en los círculos primarios de la persona cuidada y que el papel del o de la cuidador secundario es quien brinda cuidados complementarios a los del cuidador primario informal y se diferencian de éstos por la falta de continuidad en las actividades de cuidado que suelen estar más sujetas a la voluntad y espontaneidad propia, además de que éstos pueden estar, o no, inmersos en la rutina del o de la cuidador primario informal y ser, o no, remunerados.

Lo anterior refleja la inexistencia de un tercer nivel de cuidado informal, debido a la falta de institucionalización y procesos establecidos, prescindiendo de él. Es importante señalar que la delimitación entre cuidados formales e informales no niega la interacción entre los papeles de cuidador formal y cuidador informal, ni la existencia de personas que cuidan y que abarcan ambos tipos de cuidado (informal y formal). Para ejemplificar esto,

véase la Figura 5.

La Figura 5, muestra desarrollo de los tipos de cuidado, la forma en que se ejecutan y evidencia las desventajas del cuidador informal.



2.3.2 El cuidador y el cuidado informal

En cualquier ser vivo existe un reloj cronológico, y la humanidad no está exenta de éste. Así conforme pasan los años, en la adultez mayor se cobra factura sobre el uso del tiempo vivido, que en muchas ocasiones obliga a necesitar la ayuda de alguien más como lo es la figura familiar casi anónima del Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF), quien se enfrenta a los retos del cuidado, casi siempre solo.

Ante ello, organismos públicos como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2015) que ha generado material para atender el “Colapso del cuidador”, o el Instituto de Seguridad Social y Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSTE) en conjunto con la Universidad Autónoma de México (UNAM) que creó en 2015 un curso en línea para los cuidadores de adultos mayores dependientes (ISSSTE, 2017), son algunas de las propuestas más recientes para apoyar al cuidador, y que seguramente seguirán en aumento. Sin embargo, Alcocer Zepeda¹⁶ (citada en Flores Jacóme, 2013) aseveró sobre la población en adultez mayor en Puebla que: “los familiares son los primeros responsables de los ancianos, más que las instancias privadas o el gobierno.”(párr. 7), es decir, que la figura del CPIF difícilmente podrá dejar de ser el primer recurso al que se recurra para el cuidado de un adulto mayor.

La presente tesis busca reconocer la voz de quienes cumplen tan importante labor, y generar una propuesta de programa para desarrollar su capacidad resiliente que busca apoyar a afrontar la adversidad que el cuidado implica, especialmente el cuidado de tipo informal que brindan los cuidadores informales de un adulto mayor.

Al respecto existen autores como Gaugler, Kane y Newcomer citados en Crespo y Fernández – Lansac (2015), que definen la resiliencia en cuidadores como los “bajos niveles de carga [sobresaturación] ante altas demandas de cuidado, incluyendo en la propia definición, aspectos relativos a la manera en que la persona evalúa los estresores.” (p. 19).

Entre las consecuencias adversas sobre el cuidado Rogero García (2010) menciona tres: 1) Las que conciernen a la salud, 2) las relacionadas con la situación económica y 3) aquellas que repercuten en las relaciones sociales. Un ejemplo de las

¹⁶Ex - Jefa del Departamento de Adultos Mayores del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en Puebla.

consecuencias negativas en la salud son aquellas “de carácter emocional, como el estrés psicológico, estados de ánimos bajos, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, sentimiento de culpa y frustración.” (Roger García, 2010, párr.12). Mientras que en lo concerniente al impacto económico sobresalen los gastos en bienes y servicios que requiere la persona cuidada y por una necesidad generada por la labor de cuidado, que usualmente suelen ser: “servicios de cuidado o de apoyo al cuidador, adaptación de la vivienda, transferencias monetarias al receptor, pago por ayudas técnicas, etc. Con frecuencia, estos gastos se cubren mediante la venta de patrimonio y el consumo de los ahorros acumulados.” (Roger García, 2010, párr.13).

Y en lo que concierne al impacto que el cuidado tiene en las relaciones sociales, Bittman, Fast, Fisher, Thomson (citados en Roger García, 2010) “la supervisión de la persona dependiente suele confinar al cuidador en el hogar durante la mayor parte de su tiempo, aumentar el tiempo dedicado a actividades domésticas y reducir su tiempo libre.” (párr. 14).

El cuidado informal hasta aquí, parece mostrar una serie de desventajas y deja un panorama desalentador para quien cuida a un adulto mayor, además de favorecer una cultura de violencia como lo es el abandono de un familiar, que para este caso es el adulto mayor en situación de cuidado y que lejos de resolver una necesidad social ayuda a crear y promover problemas sociales como lo es la violencia en todas sus expresiones tanto para el adulto mayor como para quien le cuida y peor aún, que quienes cuidan muy probablemente pasen a ser ahora las nuevas personas cuidadas que se aunarán a la listas de pacientes del sector de salud, desde los hospitales hasta los psiquiátricos, la atención psicológica, entre otros, y a los cuales, muy probablemente se le aunarán problemas de desempleo, depresión, farmacodependencia, adicciones y más, que implicarán gastos e inversiones a nivel social que se pudieron prevenir o disminuir y de manera particular estas personas verán mermada su calidad de vida.

Pero, para quienes han “aceptado” esta labor social, o bien, consideran el cuidado como una de sus labores, rol o responsabilidad, ¿qué opciones existen para cuidarles a ellos, o mejor aún, para fomentar en ellos el autocuidado? O es que acaso deben de quedar en el abandono y el olvido, como si no existieran en la sociedad. Para

ello, conviene recordar que su papel social es de suma importancia, y es posible que incremente en la medida que lo hace la población adulta mayor dependiente (INEGI, 2014; Ortiz Viveros, 2010).

2.3.2.1 Contexto social del cuidador informal

Para este capítulo se dio un panorama general del contexto social en el que surge el cuidador informal. Este primer acercamiento se corroboró que “las investigaciones sobre el tema del cuidado son abundantes; algunas de ellas coinciden en que existen tres actores principales en su provisión: el Estado, el Mercado y la Familia” (Casado & López; Huenchuan; Robles citados en Arroyo Robles, 2010, p.3). Es decir que estos tres agentes van a hacer más propensa, o no, que en una población incremente o disminuya la labor de cuidado.

Desde la postura de Arroyo Robles (2010) las perspectivas que poseen mayor peso al momento de abordar este fenómeno son “la que hace énfasis en la planeación de servicios (que toma en cuenta las acciones del Estado y el Mercado) y la perspectiva feminista (que toma en cuenta el cuidado femenino dentro de la familia).” (p. 3). Para esta autora es importante analizar el discurso del Estado y del Mercado, que gira alrededor de la racionalidad económica, técnica y legal pero se aleja del mundo real del cuidado, pese a ello, esta perspectiva ha ponderado en los organismos formales promotores del mismo, y posturas como la feminista suelen dejarse de lado por visibilizar y analizar el cuidado informal predominantemente femenino.

Por su parte Melguizo Herrera y Alzate Posada (2008) resaltan el papel de la cultura como “una variable que no solo afecta a los receptores del cuidado, sino también a ellos mismos [los cuidadores].” (párr. 11) pues, esta es un producto humano que sirve como un referente dinámico comportamental, así como de pensamiento, para percibir el mundo físico y social, y guiar el actuar en estos. Al respecto, la persona interpretará su existencia y la de otros para dirigir sus actos, los cuales puede transmitir y ser reproducidos por alguien más.

En cuanto al perfil que posee la persona que cuida de manera informal se destacarán dos categorías: aquellas hechas en el contexto mexicano y las realizadas en el extranjero, cabe mencionar que para su obtención solamente se puso en el

buscador las palabras: perfil cuidador informal (tanto en el idioma español e inglés) sin ningún otro filtro y los primeros resultados son los que se muestran.

Para los estudios realizados en el extranjero se han seleccionado tres de diferentes contextos de los cuales se mostrarán de manera enlistada los datos generales y después el perfil del cuidador informal obtenido:

- Nombre del estudio: Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche.

Autores: López-Casanova, Rodríguez-Palma y Herrero Díaz (2009).

País y lugar: España; Hospital General Universitario de Elche

Alcance: Descriptivo transversal.

Perfil del cuidador informal: “Mujer, con una media de edad de 54 años y que permanece todo el día en el hospital. Las necesidades que el cuidador distingue como más importantes estuvieron relacionadas con la compañía, la vigilancia y las necesidades básicas.” (López-Casanova et al., 2009, párr. 4). Estas mujeres suelen ser cónyuges o madres y su labor implica un gasto de tiempo, dinero, desgaste físico, psicológico y social, pues las necesidades de la persona cuidada son cubiertas por la cuidadora informal, las cuales reciben poca información y asesoramiento de enfermeros/as para cubrir las necesidades del paciente.

- Nombre del estudio: *General Social Survey (GSS)*

Autores: *The Change Foundation*

País y lugar: Canadá, específicamente la provincia de Ontario.

Alcance: Descriptivo transversal.

Perfil del cuidado informal:

Se estima que 3,3 millones de habitantes de Ontario, el 29% de la población provincial, son cuidadores familiares. El 53% (1.8 millones) de los cuidadores son mujeres y el 47% (1.5 millones) son hombres. Casi tres de cada 10 cuidadores realizan tratamientos médicos, como alimentación por sonda, cuidado de heridas e inyecciones. 2,5 millones de cuidadores de Ontario están equilibrando las tareas de cuidado con el empleo remunerado y de estos cuidadores: El 30% (741,000 personas) llegó tarde al trabajo o tuvo que irse temprano; El 29% (735,000 personas) se saltaron un promedio de seis días de trabajo debido a los deberes de cuidado; y 1% (33,000 cuidadores)

abandonaron su empleo voluntaria o involuntariamente. Un millón de cuidadores dijeron que sentían que no tenían otra opción para asumir sus responsabilidades como cuidadores. (párr. 4).

- Nombre del estudio: *Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases*

Autores/as: Xie et al. (2016).

País y lugar: China. Se logró estudiar seis comunidades de este país.

Alcance: Descriptivo transversal.

Perfil del cuidador informal:

La mayoría de los cuidadores (56.2%) tenían entre 40 y 60 años, 50.8% tenían trabajo y 65.1% no tenían enfermedades crónicas. [...] Con respecto a las características del cuidador, el 57% eran mujeres y el 76.2% eran cónyuges e hijos. [...] La edad de los ancianos se observó como un factor importante para evaluar el estado de salud de los cuidadores. [...] A medida que los beneficiarios de la atención demandaban más ayuda, aumentó la carga promedio de cuidado diario. Esto ejerció un mayor impacto en la vida y el trabajo de los cuidadores, y aumentó su presión, lo que llevó al deterioro de su propia salud. [...] los cuidadores familiares con enfermedades crónicas soportan el dolor causado por sus propias enfermedades además de cuidar a sus familiares mayores. Esto condujo al deterioro de su salud y provocó ansiedad, depresión y otras emociones negativas. [...] La edad ejerció el impacto más directo en la salud de los cuidadores; por lo tanto, se debe prestar la debida atención a los cuidadores mayores, a quienes se debe proporcionar la asistencia adecuada. (Xie y cols., 2016, párr. 20-31).

Respecto al perfil en México del cuidador informal en México, los resultados son los siguientes:

- Nombre del estudio: Perfil del cuidador primario informal de adulto mayor hospitalizado.

Autores: Elena Flores et al. (2016).

País y lugar: México; Puebla, específicamente la Zona 89 del IMSS.

Alcance: Descriptivo transversal.

Perfil del cuidador informal: mujer de 36 a 45 años, hija, con un tiempo de cuidado de más de 10 días, que “no cuentan con información y experiencia sobre el cuidado, sin apoyo social, y alteración de su vida familiar.” (párr. 1).

- Nombre del estudio: Perfil del cuidador principal y su relación con el cuidado del personal de enfermería.

Autores: Ambriz-López et al. (2014).

País y lugar: México; Colima, particularmente el Hospital General de Manzanillo.

Alcance: Correlacional, prospectivo y transversal.

Perfil del cuidador informal:

El promedio de edad del cuidador fue de 39.08 años (DE \pm 13.22 años); 86.3 % eran mujeres. En cuanto a la escolaridad, prevaleció la educación primaria y secundaria con 70.9 %. En el 67.5 % de los casos, el cuidador vivía con el paciente, y 30.8 % era esposo(a) o pareja. Respecto al paciente, 53.8 % eran hombres y 50.4 % se encontraba hospitalizado en Medicina Interna; en la evaluación de 15 necesidades de cuidado, los cuidadores (65%) consideraron que las tareas propias del cuidado debían ser realizadas por ellos; el resto refirió que debían efectuarlas el personal de enfermería. (p. 123).

- Nombre del estudio: Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afectaciones neurológicas.

Autores: Compean-González, Silerio-Vázquez, Castillo- Díaz y Parra-Domínguez (2008).

País y lugar: México, puntualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (Clínica número 1 Lic. Ignacio García Téllez).

Alcance: Descriptivo transversal.

Perfil del cuidador informal: mujer con una edad promedio de 41 a 60 años “y en su mayoría presentaron una intensa sobrecarga emocional.” (p. 17).

Los estudios mostrados indican que el perfil del cuidador/a informal en países extranjeros suele ser asignado casi siempre a la mujer, en una edad de 40 a 60 años, con parentesco familiar, destacando las cónyuges, madres e hijas a las que casi nunca se les remunera por esta labor. Existiendo repercusiones en el dinero, el empleo, el

tiempo y la salud principalmente. En cuanto a la población que recibe los cuidados informales suelen ser principalmente adultos mayores, se analiza a poblaciones amplias y prevalecen los estudios descriptivos transversales.

Respecto a los estudios en México, el panorama es el siguiente: suele ser la mujer quien cuida con una edad que oscila entre los 35 a 60 años de edad, la persona cuidada usualmente es varón adulto mayor, el parentesco entre persona cuidada y cuidador informal es familiar particularmente esposo o pareja y las mayores repercusiones que se percibieron en la vida familiar y la sobrecarga emocional.

En conclusión, a pesar de ser contextos diferentes, existe en todos, una mayor prevalencia de féminas que cuidan, que se encuentran entre la adultez joven y la adultez mayor, que son familiares directas de la persona cuidada y que ven afectado algún aspecto de su vida a causa de este trabajo. Ello, ha motivado el interés por investigar al cuidador informal, y son países como Canadá, quienes llevan la delantera en la creación de organismos encargados exclusivamente para su análisis estadístico como *The Change Foundation*. Otro aspecto evidenciado en los estudios analizados es que el cuidado informal comienza por lo menos cinco años antes que en el contexto mexicano, en relación a los países extranjeros, además de que las posibilidades de ser remunerados por su labor son casi nulas. Una explicación para ello la plasma Arroyo Rueda (2010), quien responsabiliza al contexto social y a la cultura como promotores de la mujer como “cuidadora nata” con características que excluyen al hombre de aprender dicha labor, pese a no haber evidencia orgánica o fisiológica que lo sustente, resultando necesario fomentar una perspectiva más incluyente.

Por último, se ha de reflexionar sobre la edad en que se provee el cuidado, pues parte de los cuidadores informales son mujeres en adultez mayor, lo que podría implicar un mayor número de estragos en su salud a causa de este, como fallecer antes, durante o después de concluir el cuidado que brindan, además de señalar a los adultos mayores cuidándose entre sí, y a pocos jóvenes ocupando papeles activos en este trabajo, limitando la posibilidad de cercanía entre ambas generaciones y la escasez atencional de las personas que hoy son jóvenes.

2.3.2.2 Las repercusiones del cuidado

En la actualidad el número de adultos mayores en México va en incremento, y se estima que, al mismo tiempo lo hace el número de cuidadores informales de esta población, pero de estos últimos no se poseen estadísticas nacionales, tan sólo es una aseveración hipotética de las cifras que se tienen sobre adultos mayores dependientes para alguna actividad, siendo un 40.7% de la población total mayor de 65 años, a nivel nacional en el 2010 (INEGI, 2010), sin que se le aunaran limitaciones por falta de audición, enfermedad, etc. Por su parte, el INEGI (2010) indicaba que en el 2010, Puebla ocupaba el sexto lugar con 10, 663 poblanos que poseían una limitación en la actividad para atender su cuidado personal, sin esclarecer cuáles de ellos eran adultos mayores, pero manteniéndose en los diez primeros lugares de cualquier tipo de discapacidad. De la misma manera, este organismo indicó que la media respecto a la dependencia, “es de 9.7 adultos mayores por cada 100 personas en edad laboral” (INEGI, 2014, p. 12) y Puebla se encuentra por encima de esta cifra con un 10.2% casi a la par de los ocho entidades que “superan los 11 adultos mayores por cada 100 personas en edad laboral, entre ellas, Zacatecas, Michoacán, Guerrero, San Luis Potosí, Veracruz, Distrito Federal y Nayarit” (INEGI, 2014, p. 12) y “sigue aumentando, al pasar en el periodo de 7.3 a 9.7 adultos mayores por cada 100 personas en edad de trabajar” en todo México. (INEGI, 2014, p. 11).

Por tanto, los cuidadores informales han estado invisibles, y dicha causa también suele estar relacionada con el género femenino pues “el cuidado de la salud en el medio familiar ha descansado ancestralmente en la mujer como una extensión de sus actividades de maternaje que incluyen al cuidado de los hijos y la familia en general” (Ortiz Viveros, 2010, p. 11).

Con los estudios de Arroyo Rueda (2010); Comelin Fornés (2014); Compean-González et al.(2008); Zambrano Cruz y Ceballos Cardona (2007) se responde a la pregunta ¿Y al cuidador quién le cuida?, mismos que indican casi nadie cuida al cuidador informal, y peor aún, este no se provee de autocuidado, y aun así, suele proveer cuidados una o más personas –usualmente familiares-, pues considera que forma parte de “su obligación” y no de un trabajo que debiera ser remunerado,

poniendo en peligro su propia salud. Mismas afirmaciones que se corroboran con los estudios mexicanos de Terán Trujillo (2009) y Ortiz Viveros (2010).

Como se mencionó anteriormente la resiliencia se presenta únicamente cuando se cursa por una adversidad, y de acuerdo a la Real Academia Española (2017) la palabra proviene del latín *adversitas* e indica una “situación desgraciada [o desfavorable] en que se encuentra alguien” (párr. 3), y el cuidado informal equivale a una adversidad toda vez que existe una desventaja respecto a su labor de cuidado, la manera en que se comprueba dicha afirmación está en la falta de conocimientos profesionales para afrontar dicha situación; ello no implica negar que el cuidador formal no posee repercusiones en su persona, sin embargo existe más certidumbre de cómo cuidar a una persona, además de contar con formación para su propio autocuidado, cosa que difícilmente ocurre en el cuidador informal.

Para algunos autores esta situación adversa alude a la carga ocasionada por el cuidado y entiéndase como la “[supuesta] obligación ajena a un estado, empleo u oficio.”(Arroyo Rueda, 2010, párr. 9), y se agrega la palabra supuesta porque en el cuidado informal difícilmente existe un acuerdo consensuado con el cuidador informal, usualmente se asume como una obligación o deber por una serie de creencias o presupuestos pero rara vez existe una promulgación escrita o verbal explícita de común acuerdo. De esta manera la carga puede ser asumida de dos formas: la carga objetiva y la carga subjetiva, en el caso de la primera se apunta a repercusiones concretas capaces de ser medidas y percibirse físicamente. En el caso de la carga subjetiva alude la sensación o percepción propia de carga ocasionada por el cuidado informal, trayendo consigo un malestar subjetivo tanto en lo cognitivo como en lo emocional. (Alvarado et al., 2011). Tomando en cuenta la clasificación de Alvarado et al. (2011) se pueden clasificar las repercusiones enlistadas por otros autores.

Carga objetiva.

Para Comelin Fornés (2014):

- Deterioro económico.
- Deterioro de la salud: desgaste físico
- Repercusiones en el trabajo: disminución de jornada laboral, imposibilidad de trabajar

- Falta de atención a su estado de salud hasta que este sea muy grave.

Para Rodríguez del Álamo (citado por Rodríguez Acera, 2015, p. 5):

- Problemas de sueño.
- Pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo, etc.
- Aislamiento social.
- Consumo excesivo de alcohol, tabaco o medicamentos para dormir.
- Problemas físicos: palpitaciones, temblor en las manos, molestias digestivas.
- Aumento o disminución de apetito.
- Problemas de memoria y dificultades de concentración.

Para Zambrano Cruz y Caballos Cardona (2007, p. 33):

- Trastornos del patrón del sueño.
- Altos niveles de ansiedad.
- Frecuentes dolores de cabeza o de espalda.
- Pérdida de energía.
- Aislamiento.

Carga subjetiva.

Para Comelin Fornés (2014):

- Deterioro en la salud. Desgaste emocional, afectivo.
- Enfermedades psicológicas.
- Deja de lado su desarrollo personal y proyecto de vida.

Para Rodríguez del Álamo (citado por Rodríguez Acera, 2015, p. 5):

- Menor interés para actividades placenteras que antes eran objeto de interés.
- Facilidad para enfadarse y cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo.
- Importancia excesiva a pequeños detalles.
- Dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo.
- No admitir la existencia de síntomas físicos o psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas al cuidado.

Para Zambrano Cruz y Caballos Cardona (2007, p.33 - 34):

- Irritabilidad.
- Reacción exagerada a las críticas.

- Dificultad en las relaciones interpersonales.
- Sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo.
- Resentimiento hacia la persona que cuida.
- Pensamientos de suicidio o de abandono.
- Sensación de cansancio.
- Pérdida de interés.
- Dificultad para concentrarse y alteraciones de la memoria.

El panorama reflejado de todo lo anterior es el de una persona estresada y presionada que tiene repercusiones físicas, mentales y emocionales, fácilmente asociadas con secuelas de tipo cognitivo-conductual. Todo ello puede llevarle a padecer síndrome de *burnout* (comúnmente usado para el ámbito laboral organizacional) llamado síndrome del cuidador en el ámbito médico y psicológico. El término de *burnout* (del inglés: “estar quemado”) fue utilizado por primera vez para el ámbito organizacional, y Zambrano Cruz y Ceballos Cardona (2007) mencionan que Freudenberguer lo acuñó por primera vez en 1974. Actualmente también indica el “agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado” (p. 27), y se puede utilizar para definir a la persona “ con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación” (p. 27-28). Bajo la perspectiva del cuidado informal Rodríguez Acera (2015) describe cuatro fases por las que pasaría el cuidador informal:

1. Fase de estrés laboral. El cuidador dedica todo su tiempo al paciente. Cree que él puede con todo sin ayuda de nadie. Poco a poco va desarrollando un cansancio físico del que no es consciente y que influye en el cuidado de la persona dependiente.
2. Fase de estrés afectivo. El cuidador comienza a sufrir el cansancio y se siente falto de afecto, incomprensión y apoyo de los que le rodean.
3. Fase de inadecuación personal. El cuidador siente que está constantemente fatigado y comienzan a aparecer las primeras alteraciones psico-fisiológicas (patologías cardiovasculares, trastornos gastrointestinales, alteraciones del sistema inmunológico, problemas respiratorios).

4. Fase de vacío personal. Ocurre cuando la persona que ha sido cuidada fallece o es ingresada en una residencia. El cuidador tiene que volver a ocupar su tiempo en otras actividades, recuperando su vida. (párr. 28- 31).

El síndrome del cuidador suele aparecer en personas que cuidan de manera profesional, pero sobre todo en las que lo hacen de manera no formal, algunos de los síntomas ya se nombraron en párrafos anteriores. Otra característica que nombra Zambrano Cruz y Ceballos Cardona, (2007) que llegan a dedicar su tiempo para el cuidado con “un promedio de 16 horas diarias” (p. 28). Es por ello que se coincide con Waerness (citado por Arroyo Rueda, 2010) cuando sentencia que:

Las cualidades morales no son necesariamente requisito indispensable para otorgar cuidados. En este sentido, podrían y tendrían que incluirse otros actores como son: otros miembros de la familia, trabajadores de instancias públicas y privadas y otros recursos comunitarios. En esta idea, la ética de cuidado se debería discutir sobre las bases de un contexto moral y político, pues [...] la evaluación moral no se hace desde una posición distante y descomprometida. Sería necesario entonces romper los límites entre lo privado (la familia) y lo público (las instituciones). (p. 6).

En ese sentido la generación de propuestas de intervención forma parte de esa respuesta y es lo que se pretende hacer al generar esta investigación, contribuir al cuidado de quien cuida.

2.3.2.3 La resiliencia: una opción para cuidar a quien cuida

La resiliencia al ser una capacidad posible de desarrollar que abre un campo de oportunidad para la atención de dos poblaciones, la primera compuesta por: el Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF) y la segunda incluye a la persona receptora de cuidado, que para el caso es el adulto mayor. Cuidar a quien cuida es una de las mejores alternativas para ofrecer un servicio integral y de esta correlación habla Espín Andrade (2009) que en sus estudio menciona como es que el programa de intervención psicoeducativo realizado disminuyó los trastornos de conducta del adulto mayor con demencia, después de que su cuidador fue atendido.

Ahora bien Losada-Baltar, Izal-Fernández de Trocóniz, Montorio-Cerrato, Márquez-González y Pérez-Rojo (2004) habla de la importancia de la selección de temas que en un programa psicoeducativo se tienen que dar –de preferencia abordar la resolución de problemas- para poder incrementar los beneficios obtenidos en el cuidador. Otros estudios que hablan sobre lo favorable que es desarrollar la resiliencia del Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF), entre ellos están los de Cerquera Córdoba y Pabón Poches (2016), quienes puntúan a la resiliencia como “una variable protectora ante el rol del cuidador” (párr. 1), y así mismo lo hacen Fernández-Lansac, Crespo, Cáceres y Rodríguez (citados por Cerquera Córdoba & Pabón Poches, 2016), al afirmar que “esta se asocia a un mejor estado emocional y físico, a la percepción y afrontamiento, y a las características de la personalidad, más que a variables situacionales” (párr. 5).

A estos estudios se les aúna el de Crespo y Fernández-Lansac (2015), donde señalan una perspectiva actual, desde la que se afirma:

En los últimos años han proliferado estudios que proponen un cambio de enfoque, ofreciendo una visión de los cuidadores menos patologizante, y más centrada en el análisis de aquellas capacidades y fortalezas que actúan como factores de protección ante el estrés prolongado. En esta línea se enmarca la aplicación en el ámbito del cuidado del concepto de resiliencia. (párr. 4).

La resiliencia promovida por los programas de intervención (psicoeducativos y psicológicos) puede apoyar al Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF) para enfocar su labor en los aspectos positivos, ello no implica negar su dolor a causa del cuidado, pero le da nuevas herramientas para enfrentar su sufrimiento. Crecer en la adversidad, aprender y desarrollarse con los recursos que se tiene mejora la calidad de vida de a persona que cuida e incluso de quien recibe el cuidado.

2.4 Programas de intervención psicoeducativos

2.4.1 Definición de: programa de intervención psicoeducativo

Antes de definir que es un programa de intervención y de manera más específica un programa de intervención psicoeducativo, conviene revisar qué es el enfoque psicoeducativo y de dónde se origina.

Pues bien, de acuerdo a Silva Cornejo (s.a) el enfoque de la psicoeducación “nació en Canadá como una forma de dar respuesta a las necesidades de los niños y niñas con dificultades de adaptación y con conductas relacionadas a la infracción de ley” (párr. 1), a esto se le aúna la información de Montiel Castillo y Guerra Morales (2016) sobre su origen en el campo de la salud mental y Builes Correa y Bedoya Hernández (2006) refieren que esta tiene “un uso psicológico, en primera instancia y psiquiátrico, en segunda” (p. 468).

Por su parte, Bostanci y Buzlu (citados por Montiel Castillo & Guerra Morales, 2016) la definen como la “educación especializada conformada por esfuerzos educativos y psicosociales orientados a cambios conductuales en los pacientes y su familia.” (párr. 8), y a su vez Díaz González y Varela; Muela y Godoy (citados en Albarrán Ledezma & Macías Terriquez, 2007) indican que se trata de “la aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema” (párr. 7). De acuerdo a Silva Cornejo (S.A) este enfoque se fundamenta en:

- La filosofía de un marco valórico: donde la esperanza y creencia en los recursos personales se consideran aquellos que dan sentido a la acción.
- Un cuerpo teórico: son los conocimientos provenientes de diferentes disciplinas como la psicología, la pedagogía y la sociología.
- Un diseño metodológico: que guía la puesta en práctica de los dos anteriores y acorde al contexto.

Teniendo en cuenta este panorama general sobre la psicoeducación se pasa a puntualizar qué es un programa de intervención, específicamente uno de tipo psicoeducativo.

En cuanto a la definición de programa de intervención se han utilizado las definiciones que da la Real Academia Española (RAE, 2017) a estas dos palabras. Iniciando por definir qué es un proceso, la RAE (2017) lo define como “proyecto ordenado de actividades [y] serie ordenada de operaciones necesarias para llevar a cabo un proyecto.” (párr. 7-8) y en cuanto a intervenir para la REA (2017) implica dos actores: “dicho de una tercera persona: Ofrecer, aceptar o pagar por cuenta del librador o de quien efectúa una transmisión por endoso” (párr. 3) y “dicho de una autoridad: Dirigir, limitar o suspender el libre ejercicio de actividades o funciones.” (párr. 4).

Tomando en cuenta esta definición, se puede analizar que existe un escenario en apariencias ajeno a una persona externa (la tercera persona o a quien bien podríamos llamarle; psicólogo), esta persona decide involucrarse a dicha situación para promover una acción o inacción, eso por un lado y por el otro está una figura encargada de tomar la decisión de efectuar o no lo que el tercer actor propone, que bien podría llamarse; cuidador informal, paciente, usuario, etc.

Ello permite formular a un proceso de intervención como: un proyecto subdividido en una serie de actividades ordenadas que exigen de dos figuras (el que orienta y el que ejecuta, o ambas cosas) disposición para efectuar la implementación, o no, de dicho proyecto.

Una vez definido que es un programa de intervención, se pasa a definir, cómo se entiende desde la psicoeducación. Así se tiene que, de acuerdo a Albarrán Ledezma y Macías Teriquez (2007) la psicoeducación ya es en sí “un modelo de intervención en el tratamiento integral de las enfermedades mentales” (párr. 6)¹⁷, de ser así, un programa de intervención psicoeducativo se ha de entender como “un conjunto de operaciones profesionales y esquemas de relación que reorientan la acción profesional desde una marco de conocimiento (saber), desde una marco ético y valórico (saber ser) y de desde un conjunto de procedimientos (saber hacer).” (Silva Cornejo, S.A, párr. 8).

Como se puede ver, un programa de intervención psicoeducativo, es, dentro de todo el universo de programas de intervención una serie de pasos que exige de las figuras presentes un aprendizaje y conocimiento en torno al saber, saber ser y saber

¹⁷Se menciona que este autor utiliza dicho modelo para abordar algunas enfermedades mentales como la esquizofrenia. Pero el modelo suele ser utilizado tanto en el ámbito clínico-psicológico, clínico-médico, clínico-social, clínico-educativo y por ello no queda restringida su aplicación.

hacer, en un marco psicológico y educativo enfocado a atender necesidades de la psique para ser reflejadas en el plano físico. Conviene reflexionar que un programa de intervención por sí sólo no es intervención, al ser una idea concreta, pero si es una propuesta estructurada que esta lista para ser llevada a cabo, para así, generar la intervención como tal.

Retomando esto último se han de mencionar los tipos de modelos para la intervención psicoeducativa de Colom (2011) desde los cuales pueden surgir programas:

- 1) Psicoeducación informativa: “suelen ser breves o muy breves (alrededor de cinco a seis sesiones) [...] priorizan la transmisión de información [...] por encima de otros elementos [...] y tienen una eficacia limitada.” (p. 149).
- 2) Mientras que para el mismo autor la psicoeducación conductual realiza:

Programas largos [tomando en cuenta la p. informativa]. Se priorizan aspectos como el trabajo práctico en la detección e intervención precoces ante un nuevo episodio, manejo de síntomas, regularidad de hábitos, reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad, identificación de desencadenantes, etc. (p. 149).

Es muy importante tener en cuenta estos dos modelos mencionados ya que existe confusión entre los profesionales que generalizan a la psicoeducación en función del primer modelo; como un proceso meramente educativo en donde se provee solamente información y ante lo cual algunos autores demuestran que existen deficiencias al momento de ver resultados en las personas (Espín; Losada et al., citados en Cerquera Córdoba & Pabón Poches, 2015) y no es que exista una equivocación en dicha afirmación pero la reciente modificación que ha sufrido la intervención psicoeducativa aboga por la interdisciplinariedad, por el trato digno de quien padece para que se vuelva un encuentro entre personas y no entre un experto y la enfermedad o padecimiento, por tanto exige tratar también su sufrimiento emocional y psicológico, dando una perspectiva más amplia y actual como lo afirman Builes Correa y Bedoya Hernández (2006) al señalar que:

[Se] pone fin a la discusión acerca de las familias patógenas [y] se busca favorecer el desarrollo de las potencialidades familiares [además de] informar a las familias [pues] se enseña cómo resolver problemas asociados con la patología de uno de sus miembros. (p. 468).

Es decir, que la persona que padece y su familia se miran a sí mismos como sujetos activos y partes de un proceso, de esta manera generan herramientas en conjunto, pues se alejan del modelo patógeno en donde se incita a la familia a tratar al paciente a partir del padecimiento y se les orienta hacia una perspectiva en donde el trato se basa en dar atención a la persona que padece y no a la enfermedad como factor aislado de su poseedor.

La situación se ha extendido, modificando las intervenciones psicológicas -en donde se encuentra la intervención psicoeducativa- a nivel individual y grupal para el apoyo hacia el cuidador/a, y de acuerdo a Olazarán, Muñiz, Poveda y Martínez (citados por Luna, s. a, párr. 67-74) hay cinco tipos de intervenciones grupales con cuidadores:

- 1) Grupos de apoyo o autoayuda. Reunidos en grupos informales los cuidadores comparten sus experiencias, esto parece beneficiarles sobre todo con los cuidadores familiares que soportan mayores niveles de estrés o malestares anímicos.
- 2) Cuidados de respiro. Son los apoyos a los que puede recurrir el cuidador como: los ingresos temporales en residencias y centros de día. Por el momento no existen estudios sobre su efecto en el paciente y la familia.
- 3) Asesoramiento y gestión de casos. Es la valoración individualizada donde se orienta al cuidador para tomar decisiones y llevar las adaptaciones en el hogar e implementarlas en problemas médico-legales, etc. Los lineamientos generales se pueden hacer de manera individual o grupal una vez hecha la valoración. De esta intervención, se han obtenido resultados muy favorables, incluso transcurrido el tiempo.
- 4) Programas de apoyo global. Es una combinación con elementos de todos los anteriores, incluyendo los grupos psicoeducativos o de entrenamiento. Su costo es similar a las anteriores y sus efectos son positivos tanto a corto como a largo plazo.

5) Grupos psicoeducativos o de entrenamiento.(párr. 69-73)

Los cuidadores reciben formación al mismo tiempo que son entrenados en habilidades de comunicación, manejo de las alteraciones conductuales, etc. También se organizan grupos para el propio cuidador combinando distintas técnicas psicológicas (entrenamiento en relajación, técnicas de resolución de problemas, reestructuración cognitiva). Los resultados globales sobre el bienestar psicológico del cuidador son muy positivos [...] es recuente la utilización de la técnica de solución de problemas de D´Zurilla y Goldfried que desglosa por pasos cómo llegar a una solución de un modo lo más eficaz posible. Se describen y explican sus 5 fases:

1. Orientación general hacia el problema.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generalización de soluciones alternativas.
4. Toma de decisiones y
5. Puesta en práctica y verificación de la solución.

Se aplican a problemas puestos de manifiesto y se asignan tareas para casa y autorregistros de situaciones problemáticas en las que se siguen los pasos entrenados.

Este concepto será utilizado para la presente investigación, con ello se indica que se abordarán aspectos informativos para trabajar con el Cuidador Primario Informal Familiar como lo son: información sobre sintomatología del síndrome del cuidador, mitos y realidades sobre la adultez mayor (para generar una imagen más real de la persona cuidada) entre otros. Así también, se utilizarán técnicas prácticas encaminadas a la modificación de pensamientos y actitudes, destacando el uso de técnicas cognitivo-conductuales de terapias como la “racional emotiva de Ellis, terapia cognitiva de Beck, entrenamiento en inoculación del estrés de Meichenbaum y terapia de solución de problemas de D´Zurrilla” (Becoña Iglesias y Oblitas Guadalupe, s. a, p. 49).

2.4.2 Los programas de intervención psicoeducativos para desarrollar resiliencia en cuidadores informales de adultos mayores

Para este apartado se ha hecho una revisión de investigaciones que desarrollen resiliencia a través de modelos psicoeducativos, particularmente en Cuidadores Primarios Informales Familiares (CPIF) de adultos/as mayores con algún padecimiento que generara dependencia.

Los resultados arrojados son escasos tanto o más que las intervenciones psicológicas para desarrollar resiliencia en los CPIF de adultos mayores dependientes, por tal motivo se exponen los estudios encontrados más acercados a esta realidad.

Un primer estudio encontrado es el de Espín Andrade (2009) titulado “Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia”, cuyo objetivo general fue “Desarrollar una estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia atendidos en servicios gerontológicos de Ciudad de la Habana en el período 2003-2009.” (p. 6).

En cuanto al procedimiento se consideraron dos fases. La primera fue la caracterización de los cuidadores y por la identificación de los factores de riesgo que conducen a la carga y 2) el diseño de un programa psicoeducativo para cuidadores de adultos mayores con demencia y para lo cual se evaluó a dichos cuidadores.

Este estudio fue de tipo correlacional transversal, para el que se conformaron una serie de instrumentos además de ser interdisciplinario, al hacer uso de los servicios de varios profesionales de la salud que intervinieron para dar sesiones especializadas con el padecimiento pero que también participaron en la revisión del programa en general además de proponer necesidades observadas desde su área, a las cuales se aunó la recaudación de necesidades percibidas por el cuidador informal.

Respecto a los resultados obtenidos se tiene que aumentó el conocimiento de la enfermedad de la persona cuidada, un incremento en las habilidades para el cuidado, en cuanto a la carga percibida no hubo diferencias significativas, pero sí existió una disminución en el consumo de medicamentos que pasó de 23 cuidadores que no consumían fármacos a 61 en total, se comprobó una mejora en la salud percibida por parte del cuidador.

Y como conclusión se afirma que la mayoría de quien cuida son mujeres que llevan de uno a cuatro años cuidando al adulto mayor, con predominio de trastornos del sistema nervioso y osteomioarticular, asociados con el cuidado, así también la carga percibida por el cuidador informal se debe a causas subjetivas y objetivas de su labor, una reflexión hecha por la autora es que existen factores de riesgo en esta población como lo son la afectación a su salud, ser menor de 40 años, la depresión, la disfunción familiar y el estrés.

Entre los puntos favorables del programa está el mejoramiento de la calidad de vida, así como de la carga subjetiva, al incidir en la disminución de trastornos conductuales de la persona que padece demencia, es decir, hubo un impacto también en la persona cuidada.

El siguiente estudio encontrado es el de Losada-Baltar et al. (2004) titulado “Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia”, respecto a su objetivo general fue “comparar la efectividad de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de demencia: una cognitivo-conductual (PCC), dirigida a la modificación de pensamientos disfuncionales sobre cuidado de niños, y otro que consiste en la formación de habilidades para la resolución de problemas (PSP) para los cuidadores, con el objetivo de modificar el problemas de comportamiento de su pariente.” (p. 701).

Para esta investigación participaron un total de 71 cuidadores/as de los cuales sólo 31 completaron el estudio. Ambas investigaciones se compararon con el grupo control y los grupos de cuidadores fueron asignados aleatoriamente a cada experimento. Algunas características identificadas fueron depresión, estrés percibido asociado al cuidado, problemas de conducta. En cuanto a los resultados se obtuvo que:

Los cuidadores en el programa de PCC muestran significativamente menos estrés percibido que los otros dos grupos. En la misma dirección, una tendencia existe una reducción significativa del estrés asociado con los problemas de comportamiento. En la evaluación de seguimiento, los cuidadores del programa PCC informa significativamente menos problemas de comportamiento de los parientes que los otros dos grupos. Cuidadores del programa PCC tienen menos pensamientos

disfuncionales que los otros dos grupos, las diferencias casi alcanzan significación. (Losada-Baltar y cols., 2004, p. 701).

Para la conclusión los autores/as refieren que “los beneficios de una intervención psicoeducativa varían en función de los contenidos que incluye. Se considera importante intervenir en los pensamientos disfuncionales de los cuidadores para un adecuado enfrentamiento con el cuidado.” (Losada-Baltar et al., 2004, p. 701).

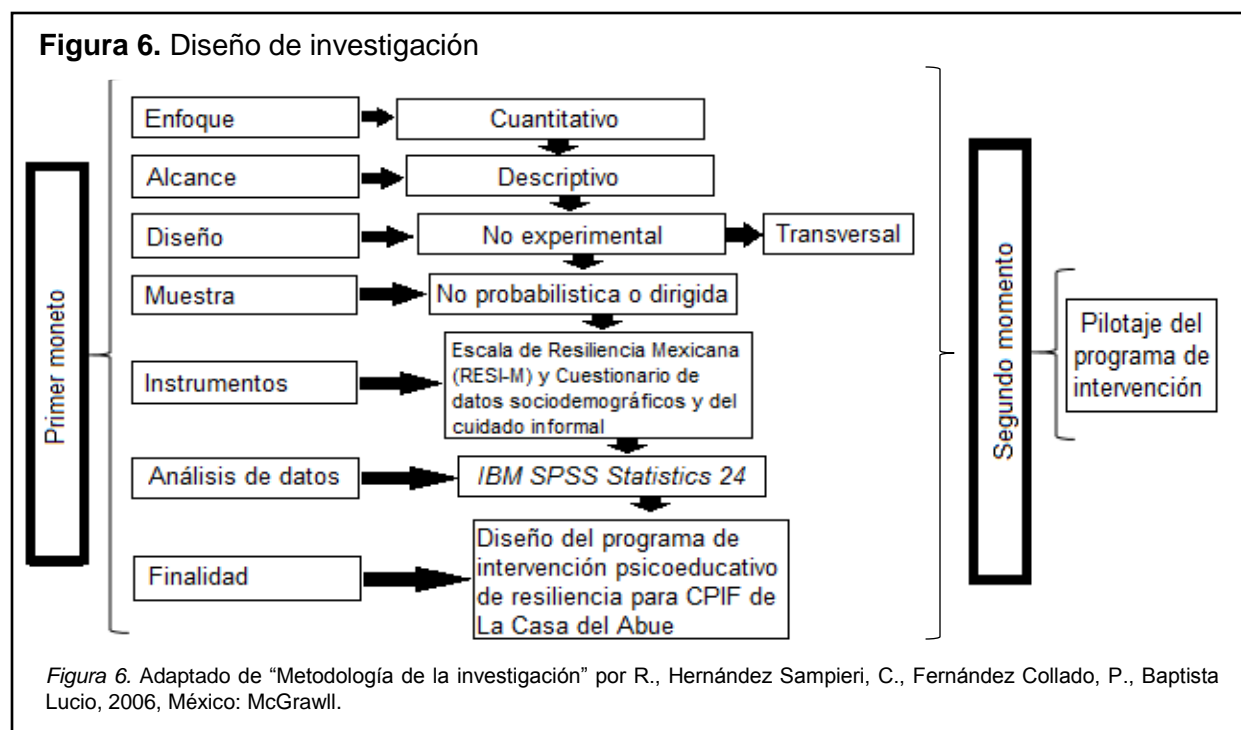
Una vez hecha las revisiones de estos dos estudios que se acercaron al fenómeno indagado se concluye que el abordaje del cuidador como objeto de estudio y atención es relativamente nuevo, que las intervenciones psicoeducativas enfocadas en la solución de problemas parecen tener mejores resultados, también existe una necesidad de avocarse a los aspectos psico-emocionales del cuidador tanto como los instrumentales que atañen al cuidado. Este panorama plantea nuevos retos que deben de ser abordados por múltiples profesionales de la salud, y el desarrollo de la resiliencia en la psicoeducación es un campo aún más nuevo que puede apoyar a nutrir el modelo de la psicoeducación conductual que plantea Colom (2011), para enfocar a la familia y a la persona que padece cómo elementos inseparables e interrelacionados ante un padecimiento.

CAPÍTULO III. MÉTODO

3.1 Diseño de la investigación

Si por diseño de investigación se entiende el plan o estrategia a emprender para obtener la información requerida (Hernández Sampieri et al., 2006), el diseño de investigación que atiende mejor las características, del presente estudio es el diseño de tipo no experimental particularmente transversal descriptivo, pues hace posible “indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en la población [o muestra]. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades; y así proporcionar su descripción.” (Hernández Sampieri et al., 2006, p. 208), ya que el alcance del estudio es de tipo descriptivo y porque se medirán los niveles de la resiliencia una única vez.

A continuación se muestra en la Figura 6 un esquema de la estructura metodológica de la investigación, que muestra dos momentos: el primero corresponde a la planeación resultante del objetivo principal, el segundo momento pertenece al pilotaje del programa, el cual, no fue planeado desde un inicio y se propició posterior a la finalización del primer momento.



3.2 Enfoque

El enfoque que se considera acorde a la presente investigación, es el cuantitativo. Hernández Sampieri et al. (2006) lo definen como el enfoque que “Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base a la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.” (p. 5). El enfoque cuantitativo ayudará a explicar el proceso para diseñar el programa de intervención, pues entre los objetivos de la presente investigación se tiene: medir los factores que propician resiliencia con la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) para después analizar y describir los factores en los que puntúan con un menor nivel los cuidadores de adultos mayores para entonces crear un programa de intervención acorde a estas necesidades.

3.3 Alcance

Para lograr los objetivos de esta investigación el alcance a utilizar será el descriptivo “que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice” (Hernández Sampieri et al., 2006, p. 103). Y dado que el objetivo general fue el diseño de una intervención psicoeducativa de resiliencia, la variable fue esta última; aquella que se midió con un instrumento una sola vez en el tiempo (cohorte transversal) sin manipulación de las variables y posteriormente se pasó a la realización del programa.

3.4 Población y muestra

A continuación se enlistan los criterios de inclusión y exclusión:

- El o la CPIF deberá formar parte de la familia de la persona cuidada.
- La o el CPIF, deberá fungir como el principal cuidador del adulto mayor, es decir, que a pesar de existir otros u otras cuidadores, él o ella será quien se encargue de la mayoría de actividades diarias del adulto mayor.
- Tendrá como mínimo 6 meses de estar realizando cuidados para con el adulto mayor.
- No deberá tener remuneración económica alguna por sus cuidados.
- No deberá poseer una formación profesional o indicios de esta, sobre cuidados.

- No estar participando en algún programa para desarrollar resiliencia o similares.
- Podrá participar cualquier CPIF sin importar su género.
- Deberá ser de nacionalidad mexicana y estar residiendo en Puebla.

A todo esto se le aunarán los criterios de inclusión del adulto mayor dependiente, pues su presencia hace posible la figura del CPIF. Los criterios se enlistan a continuación:

- La persona cuidada deberá ser mayor a 60 años.
- El género de la persona cuidada no resulta excluyente.
- Se encontrará en estado de dependencia (con esta finalidad se adaptó el índice de Katz (citado en Trigás-Ferrín, Ferreira-González y Mejjide-Míguez, 2011, p. 12), que se encuentra en una sección del Cuestionario de datos sociodemográficos y del cuidado informal.
- La persona cuidada deberá ser familiar del cuidador primario no profesional.
- Deberá ser de nacionalidad mexicana y estar residiendo en Puebla.

3.5 Instrumentos

En este apartado se presenta una descripción de los instrumentos utilizados para la evolución de nuestras variables. Dichos instrumentos pueden consultarse en anexos del 2-3.

Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M). Este instrumento fue diseñado por Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) quienes tuvieron por objetivo desarrollar un instrumento de resiliencia con una población mexicana. Posee una confiabilidad de .93, lo que la sitúa como una escala adecuada para su aplicación. Se realizó con una muestra de 217 sujetos de ambos sexos en una edad de 18 a 25 años, para dicho propósito se tomaron en cuenta los factores e ítems de dos escalas: *The Connor - Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) de Connor y Davidson (1999) y *The Resilience Scale for Adults* (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen (2001). Después del procesamiento de datos, los resultados arrojaron 43 ítems adecuados a utilizar para medir la resiliencia en el contexto mexicano y todos ellos se agruparon en cinco factores: 1) Fortaleza y confianza en sí mismo, 2) Competencia social, 3) Apoyo

familiar, 4) Apoyo social y 5) Estructura. Para su mejor comprensión se definen cada uno en la Tabla 9.

Tabla 9. *Definición sobre los factores de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M).*

| Factor | Definición |
|---|---|
| 1. Fortaleza y confianza en sí mismo | Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) concluyen que los ítems de este factor hacen referencia a la “claridad que los individuos tienen sobre sus objetivos, al esfuerzo que hacen por alcanzar sus metas, a la confianza que tienen de que van a tener éxito y al optimismo, fortaleza y tenacidad con la que enfrentan sus retos.” (p. 14). Los reactivos que conformaron este factor se componen de de cuatro factores distintos pertenecientes a las escalas de <i>The Connor- Davidson Resilience Scale</i> (CD-RISC) de 1999 y <i>The Resilience Scale for Adults</i> (RSA) de 2001. Respecto al primero, Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) ubican los siguientes reactivos: 1) Competencia personal, altos estándares y tenacidad; 2) Control y 3) Relaciones seguras y aceptación positiva al cambio. Mientras que del segundo instrumento sólo se nombra la competencia personal. |
| 2. Competencia social | Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) consideran que es la: Capacidad o habilidad del sujeto para interactuar exitosamente con su ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus necesidades, al ejercer determinada influencia sobre sus semejantes (en el sentido de ser tomado en cuenta), es una cualidad muy relacionada con la salud, el ajuste emocional y el bienestar de los individuos. (p. 11). |
| 3. Apoyo familiar | Para Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) “se refiere al tiempo que comparten los miembros de la familia, la lealtad que existe entre ellos y la fortaleza de los lazos familiares.” (p. 11-12). |
| 4. Apoyo social | Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) señalan que “está referido a los vínculos existentes entre el sujeto y un conjunto definido de personas, con las cuales es factible el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza.” (p. 12). |
| 5. Estructura personal | Para Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) “se entiende como las reglas y las actividades que llevan a cabo las personas y que les facilitan tener organización y orden en su vida.” (p. 12). |

Fuente: Adaptación de “Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)” por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22.

Prosiguiendo, se notaron diferencias estadísticamente significativas en los factores de la resiliencia, en relación al:

Sexo, la edad y el estado civil, observándose que las mujeres obtienen puntajes más altos en apoyo social, el grupo de más edad tiene un mayor promedio en competencia social y apoyo familiar y finalmente las personas casadas se sienten más fuertes y con más confianza en sí mismas y los solteros perciben un mayor apoyo social en comparación con los casados (Palomar Lever y Gómez Valdez, 2010, p. 7).

Una información más que agregar es que su validez ha sido comprobada por el investigador David Camacho Valadez (2016) en una población al norte de México, calificándole de apta para tal contexto.

Respecto al *Cuestionario de datos sociodemográficos y del cuidado informal* (ver anexo 2), se aclara que fue creado *ad hoc* para este estudio, con el objetivo de obtener las variables sociodemográficas y datos relacionados con la labor de cuidado. Está dividido en tres partes:

1. Datos sociodemográficos de la persona que cuida. Este apartado constó de 17 preguntas abiertas y cerradas para obtener datos generales que corroboraron los criterios de inclusión y exclusión sobre la muestra. Cabe señalar que se añadió un apartado sobre las opciones de temas sobre cuidados físicos y psicológicos de posible interés para el cuidador.
2. Datos sobre la persona que cuida y el cuidado. Esta sección incluye una pregunta y 10 oraciones que son las opciones a elegir, sin limitar en el número selecto. De hecho entre mayor sea el número seleccionado se corrobora que el tiempo en que lleva cuidando al adulto mayor ha repercutido en su vida, de acuerdo a otros estudios (Crespo López y López Martínez, 2007; Fernández-Lansac, V., y Crespo, 2011; López-Casanova, Rodríguez-Palma y Herrero-Díaz, 2009; Rogero García, 2010). La razón por la que se incluye esta sección es solamente para corroborar que el cuidado se está llevando a cabo, que tiene repercusiones y quien cuida tiene un tiempo igual o mayor a 6 meses, sin embargo sus resultados no fueron utilizados para la realización del programa de intervención porque los factores que serán guía para la realización del mismo corresponden a la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M).
3. Datos sobre la persona cuidada. Para esta sección se incluye una serie de preguntas cerradas (7) que se enfocan únicamente en rectificar que el adulto mayor es dependiente lo que a su vez justifica que reciba el cuidado, pero sus resultados no fueron utilizados para el diseño del programa. Estas preguntas fueron extraídas y adaptadas de la Escala de Actividades de la vida diaria o índice de Katz (citado en Trigás-Ferrín, Ferreira-González y Meijide-Míguez, 2011, p. 12), el cual no se utilizó por completo pues no interesa saber su nivel de

dependencia que posee la persona cuidada sino si es dependiente o no, por ello sólo se extrajeron las preguntas que afirman dicha situación, para calificarle como dependiente bastará con tachar afirmativamente a una de las preguntas. Otro aspecto importante es que entre más afirmaciones indica la gravedad de la persona que es cuidada y por tanto justifica dicha labor, también muestra un panorama general de las actividades en las que la o el cuidador informal le ayuda diariamente.

De todo lo anterior se concluye que el instrumento que servirá como base para la elaboración del programa es la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010), mientras que el Cuestionario de datos sociodemográficos y datos relacionados con la labor de cuidado servirá para recabar y corroborar los datos sociodemográficos correspondientes al cuidado.

3.6 Procedimiento para el diseño y el pilotaje del programa psicoeducativo de resiliencia

3.6.1 Procedimiento para el diseño del programa

Tomando en cuenta los dos momentos de la investigación (diseño y pilotaje). Para el primer momento (el diseño del programa), se tomaron en cuenta las recomendaciones recogidas de los estudios previos de Crespo López y López Martínez (2007); Cerquera Córdoba y Pabón Poches (2015); Baros López et al. (2016); Losada-Baltar, Fernández de Trocóniz et al. (2004), para diseñar el programa psicoeducativo de resiliencia, que a su vez consistieron en:

- 1) *La utilización de una definición de resiliencia que ayudó a su operacionalización a partir de sus componentes.* El diseño del programa contó con el soporte teórico de Grotberg (2001) para definir a la resiliencia, dicho término compaginó adecuadamente con el instrumento que midió la misma. Por tanto, existe sintonía y coherencia entre la postura de teórica de Grotberg (2001) y la postura evaluativa de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010).
- 2) *Caracterización de la muestra de CPIF por medio de la utilización de uno a más instrumentos.* Para esta parte se contó con la Escala de Resiliencia Mexicana

(RESI-M) de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) y un Cuestionario sociodemográfico para el cuidado informal que incorporó parte del instrumento del índice de Katz (citado en Trigás-Ferrín, Ferreira-González y Meijide-Míguez, 2011, p. 12), para evaluar si realmente el CPIF tiene bajo su responsabilidad a un adulto mayor dependiente. Lo que da como resultado una caracterización más precisa del CPIF pero también esta se corrobora con la información del adulto mayor.

- 3) *Elaboración del programa teniendo en cuenta una postura teórica, y las mediciones hechas.* En cuanto a la postura teórica para la realización del programa, se utilizó la de Colom (2011) que plantea la psicoeducación conductual como la más pertinente en un proceso terapéutico y de formación. A ella se aunaron herramientas cognitivo conductuales como: el diálogo socrático (Partarrieu, 2011), la resolución de problemas (López y Crespo, 2008) y creencias irracionales (Navas Robleto, 1981) que originaron autores como “Albert Ellis, Aaron T. Beck, Meichenbaum y D’Zurilla” (citados en Becoña Iglesias y Oblitas Guadalupe, s. a, p. 49) y que se usan para reforzar y/o fomentar el desarrollo de los cinco factores de la resiliencia: 1. Fortaleza y confianza en sí mismo, 2. Competencia social, 3. Apoyo familiar, 4. Apoyo social y 5. Estructura personal que mide la escala de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010), con lo cual el presente diseño de programa representa también un aporte al estudio de la psicoeducación particularmente la conductual.
- 4) *Inclusión de temas teórico-prácticos sobre la labor de cuidado.* Cada sesión fue diseñada para dar información relevante en torno al cuidado del adulto mayor, pero su centro de análisis es el CPIF a quien se le incita a poner en práctica herramientas técnicas psicológicas de tipo cognitivo conductual, y otras (de relajación, de organización, etc.) para su autocuidado.
- 5) *Evaluación del programa diseñado por un grupo de expertos externos.* Se logró obtener el apoyo de un psicólogo clínico especialista en terapia cognitivo-conductual y una médica geriatra especializada en la capacitación de los cuidadores, para revisar exclusivamente el programa. Lo que sirvió como filtro, para cerciorarse que las técnicas cognitivo conductuales implementadas eran las adecuadas, además de que los temas abordados para el cuidado y autocuidado, también eran pertinentes.

Para la inclusión del material se tomaron en cuenta los factores de la resiliencia (Palomar Lever y Gómez Valdez, 2010), las técnicas cognitivo-conductuales y los principios metodológicos en la psicoeducación, que señala Albarrán Ledezma y Macías Terriquez (2007, párr. 14). Para visualizar los materiales que se comentan diríjase a los anexos del 1-41:

- I. *Alianza terapéutica.* Las primeras sesiones cuentan con este criterio, por ejemplo, en la primera sesión se incluye la Carta de consentimiento informado y se propone la realización grupal de un Código de convivencia
- II. *Proporcionamiento de información.* Con este fin, se idearon diversos materiales impresos como formatos o información sobre técnicas para el cuidado y el autocuidado.
- III. *Propiciación de ambiente que vincule al paciente con la comunidad.* Pensando en los factores que promueven la resiliencia Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) y también en el aislamiento que suelen tener los CPIF a causa del cuidado (Ortiz Viveros, 2010; Crespo López y López Martínez, 2007), se plasman actividades de interacción social como las actividades en el grupo o las tareas de “Reto”, entre otras.
- IV. *Integración gradual del paciente en su rol familiar.* El CPIF suele tener varios roles en la familia Ortiz Viveros (2010) pero al mismo tiempo no suelen haber límites claros, entre su rol de cuidador, el de trabajador, el de hijo/padre/esposo, etc., debido a que el cuidado ocupa gran parte de su tiempo y porque muchas veces acapara la mayor cantidad de actividades para sí, es por ello que se promueve el uso del cronograma, para tener una estructura organizada que también incluya a otros miembros de la familia.
- V. *Continuidad en el cuidado del paciente y vinculación institucional.* Para cumplir con este punto en la última sesión se propone dar un directorio de instituciones o profesionales que le apoyen resolviendo dudas, apoyándole con el cuidado del adulto mayor o de sí mismo.

3.6.2 Procedimiento para el pilotaje

Se ha de señalar que antes de contactar con La Casa del Abue el lugar en el que se realizaría esta investigación era una Clínica de Rehabilitación Neurológica poblana, pero esta quedó temporalmente inhabilitada por el sismo ocurrido el 19 de septiembre del presente año, obligando a buscar un nuevo lugar, encontrando respuesta por parte de La Casa del Abue con quien se acordó pilotear el programa hasta donde lo permitiera el calendario institucional de misma. Por tal motivo el programa psicoeducativo de resiliencia redujo sus sesiones de diez (previamente planeadas) a seis. A esto se le añadirían otras modificaciones que incluyeron: adecuar el material para que tomar en cuenta los factores más necesitados de la resiliencia, quitar o abreviar temas y adaptar la primera hora de las sesiones para proveer las técnicas psicológicas y después las técnicas físicas para el cuidado.

Una vez hecha la difusión por medio del cartel y de manera personal (la cual duró poco menos de una semana, por la situación descrita). Se reunieron los cuidadores interesados en un aula de La Casa del Abue, se les informó sobre las razones de la investigación, se les proporcionó de lápiz y un juego de copias sobre el instrumento de resiliencia, el cuestionario sociodemográfico, y la carta de consentimiento, y se les dio 20 min para contestarlos. (Ver anexos del 1-3)

Uno de los acontecimientos más significativos para la realización de este programa fue la asistencia de cuatro adultos mayores que no son cuidadores, pero quisieron ingresar al curso, pues argumentaban tener deseos de aprender conocimientos para su propio autocuidado, esta situación inesperada incorporó a tres poblaciones en un mismo espacio: los CPIF no remunerados, a cuidadoras informales no familiares remuneradas y a adultos mayores independientes. Sin embargo para los fines de la investigación sólo se tomaron en cuenta los datos de los CPIF que se ceñían a los criterios de inclusión y exclusión.

Del 27 de Noviembre hasta el 7 de diciembre se impartieron 4 sesiones con duración de dos horas cada una, realizadas los días lunes y jueves (para indagar sobre los temas que se trataron diríjase al apartado de anexos del número 42-45). En cada una se entregó material impreso y se dio información teórico-práctica (ver anexos).

3.7 Plan de análisis estadístico

El proceso estadístico realizado para el primer momento de la investigación consistió:

1. Se realizó un primer análisis estadístico de las mediciones obtenidas en la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M), describiendo las características resilientes globales y por factor de la muestra total de tres personas (N=3), quienes puntuaron una mayor necesidad de desarrollo en el factor 2: Competencia social; factor 3: Apoyo familiar y factor 5: Estructura personal.

2. Análisis descriptivo del cuestionario sociodemográfico.

Para el segundo momento de la investigación el procedimiento fue:

1. Pilotaje del programa de intervención psicoeducativo de resiliencia.

2. Segundo análisis estadístico de las mediciones obtenidas después de pilotear el programa psicoeducativo de resiliencia, y así comparar los cinco factores de la resiliencia medidos, antes y después del programa.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

A continuación se dividen por puntos los resultados obtenidos de acuerdo a los dos momentos de la investigación. El primer momento consistió en el diseño del programa de intervención psicoeducativo de resiliencia con técnicas, principalmente cognitivo conductuales, y tuvo como resultado: 4.1.1. El diseño del programa y 4.1.2 Primer análisis estadístico de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) y 4.1.3. Resultados del análisis descriptivo del Cuestionario de datos sociodemográficos y del cuidado informal. Por su parte, el segundo momento de la investigación, que consistió en el pilotaje del programa de intervención psicoeducativo de resiliencia, Tuvo como resultado: 4. 2. 1 Segundo análisis estadístico posterior al pilotaje del programa psicoeducativo de resiliencia en La Casa del Abue.

4.1 Resultados del primer momento

4.1.1 El diseño del programa

El fin último de esta investigación se cumplió con la realización del diseño del programa de intervención psicoeducativo de resiliencia. Aunque una vez obtenida la posibilidad de pilotear el programa su estructura cambió después de medir y obtener los resultados de la resiliencia y debido al calendario institucional de La casa del Abue. Por ello que se mostrará el panorama general de la primera propuesta (Tablas 10, 10.1, 10.2, 10.3 y 10.4), así como el proceso realizado para generar la segunda propuesta (Tabla 11 y 11.1).

Tabla 10. Estructura del programa psicoeducativo de resiliencia

| “Cuidando a quien cuida” | | |
|--|---|---|
| Objetivo general del programa: proporcionar técnicas psicoeducativas y herramientas psicológicas al Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF) que favorezcan el incremento y/o el desarrollo de la resiliencia, la cual está compuesta por cinco los siguientes factores: 1) Fortaleza y confianza en sí mismo/a, 2) Competencia social, 3) Apoyo familiar, 5) Estructura personal, que de manera global constituyen el desarrollo de la resiliencia en los participantes. Duración: 2 horas por sesión. Materiales solicitados para todas las sesiones: Una libreta y un lápiz o lapicero. | | |
| Sesión: 1 Tema: Presentación del programa Objetivo general: Presentación del programa, de la facilitadora y del grupo en general. | | |
| Técnica/ Actividad /Instrumento | Objetivo | Fuente (Ver anexos del 1-9) |
| <i>Presentación</i> | *Dar a conocer el objetivo general del programa, presentar a la facilitadora, y contestar dudas. | Ninguna. |
| <i>Aplicación de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) y cuestionario sociodemográfico y firmar la Carta de consentimiento informado</i> | * Contestación del cuestionario sociodemográfico y la escala de resiliencia. *Tener un documento oficial confirmatorio sobre la participación del CPIF. | *Carta de consentimiento informado: Elaboración propia. *Cuestionario sociodemográfico del cuidador informal: Elaboración propia tomando en cuenta a Katz (citado en Trigués-Ferrín, Ferreira-González y Mejide-Miguez, 2011, p. 12). *Palomar Lever y Gómez Valdez (2010). |
| <i>Lista de asistencia</i> | *Firmar la lista de asistencia. | Elaboración propia. |
| <i>Técnica rompe hielo: “Entrevista colectiva”</i> | *Romper el hielo y conocer el nombre de los presentes. | *“Entrevista colectiva” de Acevedo Ibáñez (1987, p. 93). |
| <i>Identificación de los participantes</i> | *Identificar visualmente el nombre de los participantes | Elaboración individual (por parte de cada participante). |
| <i>Código de convivencia</i> | *Elaborar en conjunto una serie de normas que sirvan para la convivencia. | Elaboración grupal. |
| <i>Lectura: “El manzano y la estrella”</i> | *Sensibilizar sobre la importancia que tienen ellos en la labor de cuidado y su autocuidado. | Lectura: “El manzano y la estrella” de Arévalo Herrera (2014, pp. 80-81). |
| <i>Conocimiento grupal sobre sus sentir respecto a su labor de cuidado</i> | *Permitir la expresión verbal, propiciar el conocimiento mutuo, la sensibilización, el desahogo y la empatía. | Ninguno. |
| <i>Derechos del cuidador (ISSSTE, 2015)</i> | *Concientizar a los cuidadores de que poseen derechos. | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 2015). |
| <i>Tarea: Implementar la lectura de “El manzano y la estrella” y la técnica de lavado de manos</i> | *Fomentar el análisis y convivencia con otros mediante la lectura. *Fomentar el lavado de manos como hábito saludable. | *Lectura: “El manzano y la estrella” de Arévalo Herrera (2014, p. 81). *Lavado de manos: “Las manos limpias protegen de las infecciones” (OMS, 2017). |
| <i>Cierre de la sesión</i> | *Reconocer verbalmente una cosa aprendida. | Ninguna. |
| Sesión: 2 Tema: La dependencia (mito o realidad) en la adultez mayor Objetivo general: Fomentar técnicas psicoeducativas para manejar el padecimiento de la persona. | | |
| Técnica/ Actividad /Instrumento | Objetivo | Fuente (Ver anexos del 10-16) |
| <i>Recordar código de convivencia</i> | *Memorizar el código de convivencia para tenerlo presente. | Elaboración grupal, realizado previamente. |
| <i>Lista de asistencia</i> | *Firmar la lista de asistencia para tener evidencia de su participación. | Elaboración propia. |
| <i>Identificación de los participantes</i> | *Tener una identificación visual (gafete) y posteriormente, la identificación grupal sin uso de este. | Elaboración individual (por parte de cada participante). |
| <i>Identificación de emociones (iniciales)</i> | *Identificación de emociones. *Generar un registro de emociones antes y después de sesión. | Elaboración propia tomando en cuenta a Ekman (1972). |
| <i>Revisión de tarea: Implementar la lectura de “El manzano y la estrella” y la técnica de lavado de manos</i> | *Evaluar la disposición de trabajo mediante la realización de las actividades. | *Lectura: “El manzano y la estrella” de Arévalo Herrera (2014, p. 81). *Lavado de manos: “Las manos limpias protegen de las infecciones” de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). |
| <i>Presentación del objetivo general de la sesión</i> | *Dar a conocer el objetivo general de la sesión. *Señalar los beneficios de lo que se verá en la sesión. *Responder alguna duda. | Ninguno. |
| <i>Actividad de evaluación sobre mitos y realidades sobre la adultez mayor</i> | *Evaluar mediante el juego grupal cuáles son los mitos y realidades que conocen sobre la adultez mayor. *Proveer información científica para corroborar o desmentir dichas afirmaciones. | Elaboración propia. |
| <i>Definir qué es la adultez mayor</i> | *Definir desde la ciencia qué es la adultez mayor | Torres Olmedo (2003). |
| <i>Proveer de información impresa sobre: “Qué es la adultez mayor y los tipos de envejecimiento”</i> <i>* Técnica de lavado de manos</i> <i>* Lista de signos de alarma cuando se cuida a un adulto mayor</i> <i>*Recomendaciones de cómo proveer el medicamento</i> | *Brindar información impresa sobre la adultez mayor y los tipos de envejecimiento para esclarecer mitos y realidades. *Proveer material impreso para el conocimiento de técnica de lavado de manos, signos de alarma en el adulto mayor y cómo administrar el medicamento. | *Adultez mayor y tipos de envejecimiento (Pérez Díaz, 2013; Torrado Ramos, s. a.; López Parra, 2008; Arévalo Herrera, 2014; Torres Olmedo, 2003). * Técnica de lavado de manos: “Las manos limpias protegen de las infecciones” de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). *Los signos de alarma y recomendaciones de cómo administrar el medicamento son recomendaciones del ISSSTE (2015). |
| <i>Técnica de respiración diafragmática</i> | *Fomentar el hábito de la utilización de técnicas de relajación mediante la respiración. | University of North Carolina, UNC Health Care (2013, párr. 1-8). |
| <i>Cierre de sesión: Identificación de emociones (finales)</i> | *Reconocer una cosa aprendida durante la sesión. *Identificar y hacer consciente de la emoción al final de la sesión para generar un registro (para la facilitadora) de emociones antes y después de sesión. | Elaboración propia tomando en cuenta a Ekman (1972). |

Fuente: Adaptación de “Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)” por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; “Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray” por A. J., Albarrán Ledezma y M. A., Macías Terriquez, 2007, *Investigación en Salud*, 2, IX, pp. 118-124; “El apoyo a cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Como mantener su bienestar” por M., Crespo López y J. López Martínez, 2007, *Colección de Estudios: Serie Dependencia*, (12006), pp. 1-217; “Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer” por A. M., Cerquera Córdoba y D. K., Pabón Poches, 2015, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11, (2), pp. 181-192; “Programa psicoeducativo dirigido a comunidad de Adultos Jubilados de una Institución de gendarmería: Taller de Salud Mental” por A., Baros López, D., Bravo Zepeda, V., Camus Riveros, T., Inostroza Ortega, J., Roblero Vásquez, D., Román Sepúlveda, E., Salazar Zapata, R., Suárez Rojas, C., Tabilo Miranda, C., Varela Loreto, S. y Villanueva Lobos, 2016, *Escuela de Enfermería: Facultad de Medicina*, 27, (1); “Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia” por A., Losada-Baltar, M. I., Fernández de Trocóniz, I., Montorio-Cerrato, M., Márquez-González, M. y Pérez-Rojo, 2004, *Rev Neurol*, 38, (8), pp. 701-708.

Tabla 10.1. Continuación.

| Sesión: 3 Tema: La sobrecarga de cuidar | | |
|---|---|---|
| Objetivo general: Brindar técnicas psicoeducativas para manejar la sobrecarga del CPIF. | | |
| Técnica/ Actividad /Instrumento | Objetivo | Fuente (Ver anexos del 17-19) |
| <i>Recordar código de convivencia</i> | *Memorizar el código de convivencia para tenerlo presente. | Elaboración grupal, realizado previamente. |
| <i>Lista de asistencia</i> | *Firmar la lista de asistencia para tener evidencia de su participación. | Elaboración propia. |
| <i>Identificación de los participantes</i> | *Identificar visualmente el nombre del participante. | Elaboración personal (por parte de cada participante). |
| <i>Identificación de emociones (iniciales)</i> | *Identificación de emociones. *Generar un registro de emociones antes y después de sesión. | Elaboración propia tomando en cuenta a Ekman (1972). |
| <i>Presentación del objetivo general de la sesión</i> | *Dar a conocer el objetivo general de la sesión. *Señalar los beneficios de lo que se verá en la sesión. *Responder alguna duda. | Ninguno. |
| <i>Realización de un cronograma</i> | *Enseñar la primera herramienta que pueden utilizar para manejar la sobrecarga percibida. | Elaboración propia. |
| <i>Definir qué es el cuidado informal y sus repercusiones</i> | *Definir teóricamente en qué consiste el cuidado informal y sus repercusiones | Zambrano Cruz y Ceballos Cardona (2007, pp. 27, 28, 33 y 34). |
| <i>Análisis grupal de las repercusiones del cuidado prolongado</i> | *Analizar de manera grupal cuáles han sido las principales repercusiones en su vida | Ninguna. |
| <i>Entregar material impreso "Actividades relajantes utilizando los órganos de los sentidos para manejo del estrés"</i> | *Proveer de material impreso con opciones para manejar el estrés. | Adaptación de Mckay, Wood, Brantley (2007). |
| <i>Técnica de respiración diafragmática</i> | *Fomentar el hábito de la utilización de técnicas de relajación mediante la respiración. | <i>University of North Carolina, UNC Health Care</i> (2013, párr. 1-8). |
| <i>Tarea: Llevar a la aplicación el cronograma y alguna de las recomendaciones expuestas</i> | *Fomentar el hábito en la organización de tiempo como una forma de autocuidado. *Llevar a la aplicación acciones que benefician al cuidador. | *Técnica de respiración diafragmática: <i>University of North Carolina, UNC Health Care</i> (2013). *Actividades relajantes: Adaptación de Mckay, Wood, Brantley (2007). |
| <i>Cierre de sesión: Identificación de emociones (finales)</i> | *Reconocer una cosa aprendida durante la sesión. *Identificar y hacer consciente de la emoción al final de la sesión para generar un registro (para la facilitadora) de emociones antes y después de sesión. | Elaboración propia tomando en cuenta a Ekman (1972). |
| Sesión: 4 Tema: Fortaleza y confianza en sí mismo | | |
| Objetivo general: Fomentar el desarrollo del factor de la resiliencia "Fortaleza y confianza en sí mismo" | | |
| Técnica/ Actividad /Instrumento | Objetivo | Fuente (Ver anexos del 20-23) |
| <i>Pegar el código de convivencia</i> | *Mantener un medio visual del código de convivencia para generar autorregulación grupal. | Elaboración grupal, realizado previamente. |
| <i>Lista de asistencia</i> | *Firmar la lista de asistencia para tener evidencia de su participación e indicar el interés. | Elaboración propia. |
| <i>Presentación del objetivo general de la sesión y definición de la Fortaleza y confianza en sí mismo</i> | *Dar a conocer el objetivo general de la sesión y definir el factor de la resiliencia a desarrollar. *Señalar los beneficios de lo que se verá en la sesión. *Responder alguna duda. | Definición de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010). |
| <i>Revisión de tarea: Llevar a la aplicación el cronograma y alguna de las recomendaciones expuestas</i> | *Evaluar la disposición de trabajo del grupo mediante la realización de la actividad. *Contestar dudas sobre las actividades realizadas. | *Cronograma de actividades: Elaboración propia. *Actividades relajantes: Adaptación de Mckay, Wood, Brantley (2007). |
| <i>Definición de qué es técnica cognitivo conductual</i> | *Exponer qué son las técnicas cognitivo conductuales y su función para las sesiones. | Rose (1996); Becoña Iglesias y Oblitas Guadalupe (s.a). |
| <i>Collage: "Mi resiliencia"</i> | *Identificar las propias fortalezas y de los demás ante una adversidad. | Elaboración propia. |
| <i>Reconocimiento de las creencias irracionales presentes en el cuidador</i> | *Fomentar la reflexión y autocrítica sobre las creencias irracionales que se poseen, y su relación con las emociones y las acciones. | Elaboración propia tomando en cuenta a Ellis (1997) citado en Navas Robledo (1981, pp. 78-82). |
| <i>Técnica de respiración diafragmática</i> | *Fomentar el hábito de la utilización de técnicas de relajación mediante la respiración. | <i>University of North Carolina, UNC Health Care</i> (2013, párr. 1-8). |
| <i>Cierre de la sesión</i> | *Reconocer verbalmente una cosa aprendida durante la sesión. | Ninguna. |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; "Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray" por A. J., Albarrán Ledezma y M. A., Macías Terriquez, 2007, *Investigación en Salud*, 2, IX, pp. 118-124; "El apoyo a cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Como mantener su bienestar"" por M., Crespo López y J. López Martínez, 2007, *Colección de Estudios: Serie Dependencia*, (12006), pp. 1-217; "Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer" por A. M., Cerquera Córdoba y D. K., Pabón Poches, 2015, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11, (2), pp. 181-192; "Programa psicoeducativo dirigido a comunidad de Adultos Jubilados de una Institución de gendarmería: Taller de Salud Mental" por A., Baros López, D., Bravo Zepeda, V., Camus Riveros, T., Inostroza Ortega, J., Roblero Vásquez, D., Román Sepúlveda, E., Salazar Zapata, R., Suárez Rojas, C., Tabilo Miranda, C., Varela Loreto, S. y Villanueva Lobos, 2016, *Escuela de Enfermería: Facultad de Medicina*, 27, (1); "Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia" por A., Losada-Baltar, M. I., Fernández de Trocóniz, I., Montorio-Cerrato, M., Márquez-González, M. y Pérez-Rojo, 2004, *Rev Neurol*, 38, (8), pp. 701-708.

Tabla 10. 2. Continuación.

| Sesión: 5 Tema: Competencia social | | |
|--|---|---|
| Objetivo general: Fomentar el desarrollo del factor de la resiliencia "Competencia social" | | |
| Técnica/ Actividad /Instrumento | Objetivo | Fuente (Ver anexos del 24-28) |
| <i>Pegar el código de convivencia</i> | *Mantener un medio visual del código de convivencia para generar autorregulación grupal. | Elaboración grupal, realizado previamente. |
| <i>Lista de asistencia</i> | *Firmar la lista de asistencia para tener evidencia de su participación e indicar el interés. | Elaboración propia. |
| <i>Presentación del objetivo general de la sesión y definición de Competencia social</i> | *Dar a conocer el objetivo general de la sesión y definir el factor de la resiliencia a desarrollar. *Señalar los beneficios de lo que se verá en la sesión. *Responder alguna duda. | Definición de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010). |
| <i>Definición e identificación de un de problema, en la labor de cuidado</i> | *Definir qué es un problema (adversidad) ejemplificándolo visualmente con el material de López y Crespo (2008). *Identificar los principales problemas (adversidades) a los que se enfrenta el cuidador al realizar su labor con el uso del material de López y Crespo (2008). | *Ejemplo visual con el uso del cuadro: "Resolución de problemas o conductas problemáticas" (Adaptación de López y Crespo, 2008). *Material para la identificación y resolución de un problema: "Ejemplo de esquema para la solución de problemas" (Adaptación de López y Crespo, 2008, pp. 71-79). |
| <i>Baño de esponja en cama</i> | *Ejemplificar y explicar la técnica de baño de esponja en cama. | *Baño de esponja en cama (ISSSTE, 2015). |
| <i>Simulación de un baño de esponja para el paciente que se encuentra en cama, por equipos.</i> | *Propiciar el conocimiento de un cuidado físico para el paciente en cama de manera dinámica. *Indagar sobre su organización en las tareas. *La manera en que se comunican y relacionan con los demás para ejecutar su labor de cuidado (competencia social). | *Baño de esponja en cama (ISSSTE, 2015). *Formatos: Elaboración propia tomando en cuenta a Partarrieu (2011, p. 180). |
| <i>Técnica de diálogo socrático (para reflexionar la actividad anterior) con el formato de Partarrieu (2011)</i> | *Reflexionar sobre la actividad del baño de esponja y cómo trabajaron en equipo e individual. *Analizar sobre qué tan competente se siente el cuidador y qué tan competente le vieron los demás en la actividad del baño de esponja. *Promover el análisis de resolución de problemas al momento de cuidar, como una herramienta para mejorar la relación e interacción con los otros (competencia social). | Elaboración propia tomando en cuenta a Partarrieu (2011, p. 180). |
| <i>Tarea: Pensar en una solución para el problema previamente identificado.</i> | *Fomentar la generación y realización de acciones resolutivas tomando en cuenta el formato de López y Crespo (2008). | "Ejemplo de esquema para la solución de problemas" (Adaptación de López y Crespo, 2008, pp. 71-79). |
| <i>Cierre de la sesión</i> | *Reconocer verbalmente una cosa aprendida durante la sesión. | Ninguna. |
| Sesión: 6 Tema: Apoyo familiar (parte 1) | | |
| Objetivo general: Fomentar el desarrollo del factor de la resiliencia "Apoyo familiar" | | |
| Técnica/ Actividad /Instrumento | Objetivo | Fuente (Ver anexos del 29-31) |
| <i>Pegar el código de convivencia</i> | *Mantener un medio visual (el código de convivencia) para generar autorregulación grupal. | Elaboración grupal (debió ser realizado en la primera sesión). |
| <i>Lista de asistencia</i> | *Firmar la lista de asistencia para tener evidencia de su participación e indicar el interés. | Elaboración propia. |
| <i>Revisión grupal de la tarea: Pensar en una solución para el problema previamente identificado.</i> | * Evaluar la disposición grupal mediante la realización de la actividad. | "Ejemplo de esquema para la solución de problemas" (Adaptación de López y Crespo, 2008, pp. 71-79). |
| <i>Presentación del objetivo general de la sesión y definición de Apoyo Familiar</i> | *Dar a conocer el objetivo general de la sesión y definir el factor de la resiliencia a desarrollar. *Señalar los beneficios de lo que se verá en la sesión. *Responder alguna duda. | Definición de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010). |
| <i>Rolle playing por equipos: "La familia problemática"</i> | *Ejemplificar mediante la actuación un problema familiar frecuente al momento de cuidar a un adulto mayor. *Generar propuestas de solución de manera grupal utilizando el material de López y Crespo (2008). | *Rolle playing: Elaboración propia. *Propuestas de solución: "Ejemplo de esquema para la solución de problemas" (Adaptación de López y Crespo, 2008, pp. 71-79). |
| <i>Recomendaciones para mejorar la comunicación</i> | *Proveer material impreso de recomendaciones para mejorar la comunicación de García et al. (2013). | "Habilidades de comunicación" (Adaptación de García, et al., 2013, p. 41). |
| <i>Tarea: Reto personal</i> | *Teniendo en cuenta esta sesión y las pasadas comprometer al cuidador consigo mismo y con sus iguales a realizar una pequeña acción realista de algo que desee mejorar sobre su relación con otros. | Elaboración propia. |
| <i>Cierre de la sesión</i> | *Reconocer verbalmente una cosa aprendida durante la sesión. | Ninguna. |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; "Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray" por A. J., Albarrán Ledezma y M. A., Macías Terriquez, 2007, *Investigación en Salud*, 2, IX, pp. 118-124; "El apoyo a cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Como mantener su bienestar"" por M., Crespo López y J. López Martínez, 2007, *Colección de Estudios: Serie Dependencia*, (12006), pp. 1-217; "Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer" por A. M., Cerquera Córdoba y D. K., Pabón Poches, 2015, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11, (2), pp. 181-192; "Programa psicoeducativo dirigido a comunidad de Adultos Jubilados de una Institución de gendarmería: Taller de Salud Mental" por A., Baros López, D., Bravo Zepeda, V., Camus Riveros, T., Inostroza Ortega, J., Roblero Vásquez, D., Román Sepúlveda, E., Salazar Zapata, R., Suárez Rojas, C., Tabilo Miranda, C., Varela Loreto, S. y Villanueva Lobos, 2016, *Escuela de Enfermería: Facultad de Medicina*, 27, (1); "Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia" por A., Losada-Baltar, M. I., Fernández de Trocóniz, I., Montorio-Cerrato, M., Márquez-González, M. y Pérez-Rojo, 2004, *Rev Neurol*, 38, (8), pp. 701-708.

Tabla 10. 3. Continuación.

| Sesión: 7 Tema: Apoyo familiar (parte 2) | | |
|--|---|--|
| Objetivo general: Fomentar el desarrollo del factor de la resiliencia "Apoyo familiar" | | |
| Técnica/ Actividad /Instrumento | Objetivo | Fuente (Ver anexos 32 y 33) |
| <i>Pegar el código de convivencia</i> | *Mantener un medio visual (el código de convivencia) para generar autorregulación grupal. | Elaboración grupal (debió ser realizado en la primera sesión). |
| <i>Lista de asistencia</i> | *Firmar la lista de asistencia para tener evidencia de su participación e indicar el interés. | Elaboración propia. |
| <i>Presentación del objetivo general de la sesión</i> | *Dar a conocer el objetivo general de la sesión y el factor de la resiliencia a desarrollar. *Señalar los beneficios de lo que se verá en la sesión. *Responder alguna duda. | Ninguna. |
| <i>Revisión grupal de la tarea: Reto personal</i> | *Evaluar la disposición grupal mediante la realización de la actividad. | Elaboración propia. |
| <i>Replantear el uso del cronograma: como una herramienta de apoyo hacia el cuidador</i> | *Hacer consiente la necesidad de incluir y distribuir actividades a otros, que se reflejen en el cronograma de actividades. *Incluir actividades agradables para el cuidador en su cronograma tomando en cuenta el ejemplo de López y Crespo (2008). | *Elaboración propia. *Actividad agradable: "Ejemplo de lista de actividades agradables de cuidador" (Adaptación de López y Crespo, 2008, pp. 71-79). |
| <i>Técnica de Adiestramiento de Relajación Progresiva (ARP) de Bernstein y Borkovec</i> | *Aunar una técnica de relajación para el uso personal del cuidador y en conjunto con su adulto mayor. | Adiestramiento de Relajación Progresiva (ARP) de Bernstein y Borkovec (citados en Payne, 2005, pp. 74-78). |
| <i>Tarea: Reto personal y práctica de alguna técnica de relajación o actividad agradable</i> | *Prolongar el reto sobre realizar una pequeña acción realista de algo que desee mejorar sobre su relación con otros. *Propiciar la incorporación de actividades y técnicas benéficas para el cuidador y/o su adulto mayor. | *Reto personal: Elaboración propia. *Adiestramiento de Relajación Progresiva (ARP) de Bernstein y Borkovec (citados en Payne, 2005, pp. 74-78). *Respiración diafragmática: <i>University of North Carolina, UNC Health Care</i> (2013, párr. 1-8). *Actividad agradable: "Ejemplo de lista de actividades agradables de cuidador" (Adaptación de López y Crespo, 2008, pp. 71-79). |
| <i>Cierre de la sesión</i> | *Reconocer verbalmente una cosa aprendida durante la sesión. | Ninguna. |
| Sesión: 8 Tema: Apoyo social | | |
| Objetivo general: Fomentar el desarrollo del factor de la resiliencia "Apoyo social" | | |
| Técnica/ Actividad /Instrumento | Objetivo | Fuente (Ver anexo 34) |
| <i>Pegar el código de convivencia</i> | *Mantener un medio visual (el código de convivencia) para generar autorregulación grupal. | Elaboración grupal (debió ser realizado en la primera sesión). |
| <i>Lista de asistencia</i> | *Firmar la lista de asistencia para tener evidencia de su participación e indicar el interés. | Elaboración propia. |
| <i>Presentación del objetivo general de la sesión y definición del Apoyo social</i> | *Dar a conocer el objetivo general de la sesión y el factor de la resiliencia a desarrollar. *Señalar los beneficios de lo que se verá en la sesión. *Responder alguna duda. | Definición de Palomar Lever, J. y Gómez Valdez, N. E. (2010). |
| <i>Revisión de tarea: Reto personal y práctica de alguna técnica de relajación o actividad agradable</i> | *Evaluar la disposición grupal mediante la realización de la actividad. | *Reto personal: Elaboración propia. *Adiestramiento de Relajación Progresiva (ARP) de Bernstein y Borkovec (citados en Payne, 2005, pp. 74-78). *Respiración diafragmática: <i>University of North Carolina, UNC Health Care</i> (2013). *Actividad agradable: "Ejemplo de lista de actividades agradables de cuidador" (Adaptación de López y Crespo, 2008, pp. 71-79). |
| <i>Reflexión grupal sobre estrategias de apoyo social</i> | *Reflexionar en grupo sobre alternativas que ayuden a mejorar el apoyo social. *Fomentar el uso de herramientas utilizadas para crear estrategias de apoyo social. | Ninguna. |
| <i>Lista de cuidados psico-emocionales para el adulto mayor y el cuidador</i> | *Brindar material impreso sobre claves para mejorar el cuidado psico-emocional del adulto mayor y del cuidador, además de fomentar la sana convivencia. | Elaboración propia tomando en cuenta a Torrado Ramos (s. a); Arévalo Herrera (2014); López Parra, (2008), Secretaría de Salud del Distrito Federal, (SEDESA, 2018). |
| <i>Tarea: Reto personal y solicitud de su cronograma de actividades para la siguiente sesión</i> | *Prolongar el reto sobre realizar una pequeña acción realista de algo que desee mejorar sobre su relación con otros. *Recordar al cuidador el uso del cronograma como una herramienta benéfica para su labor. | *Reto personal: Elaboración propia. *Cronograma: Elaboración propia. |
| <i>Cierre de la sesión</i> | *Reconocer verbalmente una cosa aprendida durante la sesión. | Ninguna. |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; "Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray" por A. J., Albarrán Ledezma y M. A., Macías Terriquez, 2007, *Investigación en Salud*, 2, IX, pp. 118-124; "El apoyo a cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Como mantener su bienestar"" por M., Crespo López y J. López Martínez, 2007, *Colección de Estudios: Serie Dependencia*, (12006), pp. 1-217; "Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer" por A. M., Cerquera Córdoba y D. K., Pabón Poches, 2015, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11, (2), pp. 181-192; "Programa psicoeducativo dirigido a comunidad de Adultos Jubilados de una Institución de gendarmería: Taller de Salud Mental" por A., Baros López, D., Bravo Zepeda, V., Camus Riveros, T., Inostroza Ortega, J., Roblero Vásquez, D., Román Sepúlveda, E., Salazar Zapata, R., Suárez Rojas, C., Tabilo Miranda, C., Varela Loreto, S. y Villanueva Lobos, 2016, *Escuela de Enfermería: Facultad de Medicina*, 27, (1); "Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia" por A., Losada-Baltar, M. I., Fernández de Trocóniz, I., Montorio-Cerrato, M., Márquez-González, M. y Pérez-Rojo, 2004, *Rev Neurol*, 38, (8), pp. 701-708.

Tabla 10. 4. Continuación.

| Sesión: 9 Tema: Estructura personal | | |
|--|--|---|
| Objetivo general: Fomentar el desarrollo del factor de la resiliencia "Estructura familiar" | | |
| Técnica/ Actividad /Instrumento | Objetivo | Fuente (Ver anexos 35 y 36) |
| <i>Pegar el código de convivencia</i> | *Mantener un medio visual (el código de convivencia) para generar autorregulación grupal. | Elaboración grupal (debió ser realizado en la primera sesión). |
| <i>Lista de asistencia</i> | *Firmar la lista de asistencia para tener evidencia de su participación e indicar el interés. | Elaboración propia. |
| <i>Presentación del objetivo general de la sesión y definición de Estructura personal</i> | *Dar a conocer el objetivo general de la sesión y el factor de la resiliencia a desarrollar. *Señalar los beneficios de lo que se verá en la sesión. *Responder alguna duda. | Definición de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010). |
| <i>Revisión de tarea: Reto personal y solicitud de su cronograma de actividades para la siguiente sesión</i> | * Evaluar la disposición grupal mediante la realización de la actividad. | *Reto personal: Elaboración propia. *Cronograma: Elaboración propia. |
| <i>Análisis del cronograma implementado</i> | *Preguntar y evaluar el uso y funcionalidad del cronograma. *Realizar modificaciones de ser pertinente. | Ninguna. |
| <i>Cuestionario: Yo tengo, yo soy, yo estoy y yo puedo</i> | *Identificar las áreas las fortalezas y áreas de oportunidad. | Grotberg (2001, pp. 21-22). |
| <i>Promoción de la "Historia de vida"</i> | *Promover la Historia de vida como una herramienta resiliente. | Adaptación de Arévalo Herrera (2014). |
| <i>Cierre de sesión</i> | *Reconocer verbalmente una cosa aprendida durante la sesión. | Ninguna. |
| Sesión: 10 Tema: Finalización del programa | | |
| Objetivo general: Culminar y mostrar resultados del programa. | | |
| Técnica/ Actividad /Instrumento | Objetivo | Fuente (Ver anexos del 37-41) |
| <i>Aplicación de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)</i> | *Medir los niveles de resiliencia posteriores a la aplicación del programa. | Palomar Lever y Gómez Valdez (2010). |
| <i>Lista de asistencia</i> | *Firmar la lista de asistencia para tener evidencia de su participación e indicar el interés. | Elaboración propia. |
| <i>Presentación del objetivo general de la sesión</i> | *Dar a conocer el objetivo general de la sesión y el factor de la resiliencia a desarrollar. *Señalar los beneficios de lo que se verá en la sesión. *Responder alguna duda. | Ninguna. |
| <i>Técnica Gestalt: El hombre sabio</i> | *Reforzar sus recursos personales. | Castanedo Secadas (2008, p. 358-359). |
| <i>Periódico mural del aprendizaje resiliente</i> | *Generar un indicador visual de los aprendizajes aprendidos | Elaboración propia. |
| <i>Agradecimientos y entrega de reconocimientos y directorio telefónico</i> | *Reconocer el tiempo que invirtió el cuidador para su formación. *Vincular al CPIF con profesionales que puedan apoyarle en áreas específicas del cuidado. | Elaboración propia. Elaboración propia (ejemplo). |
| <i>Cierre de sesión: Convivio grupal</i> | *Propiciar un momento de convivencia grupal. | Ninguna. |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; "Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray" por A. J., Albarrán Ledezma y M. A., Macías Terriquez, 2007, *Investigación en Salud*, 2, IX, pp. 118-124; "El apoyo a cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Como mantener su bienestar"" por M., Crespo López y J. López Martínez, 2007, *Colección de Estudios: Serie Dependencia*, (12006), pp. 1-217; "Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer" por A. M., Cerquera Córdoba y D. K., Pabón Poches, 2015, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11, (2), pp. 181-192; "Programa psicoeducativo dirigido a comunidad de Adultos Jubilados de una Institución de gendarmería: Taller de Salud Mental" por A., Baros López, D., Bravo Zepeda, V., Camus Riveros, T., Inostroza Ortega, J., Roblero Vásquez, D., Román Sepúlveda, E., Salazar Zapata, R., Suárez Rojas, C., Tabilo Miranda, C., Varela Loreto, S. y Villanueva Lobos, 2016, *Escuela de Enfermería: Facultad de Medicina*, 27, (1); "Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia" por A., Losada-Baltar, M. I., Fernández de Trocóniz, I., Montorio-Cerrato, M., Márquez-González, M. y Pérez-Rojo, 2004, *Rev Neurol*, 38, (8), pp. 701-708.

La propuesta de las: Tablas 10, 10.1, 10.2, 10.3 y 10.4, fue realizada en base a la literatura obtenida (Crespo López y López Martínez, 2007; Cerquera Córdoba y Pabón Poches, 2015; Baros López et al., 2016; Losada-Baltar, Fernández de Trocóniz et al., 2004) antes de aplicar el instrumento de resiliencia para obtener el permiso de la primera clínica privada, donde, se realizaría la medición y se adecuaría el programa, aunque esto se descartó después del daño infraestructural que tuvo a causa del sismo

originado el 19 de septiembre del 2017. Para este primer bosquejo se planearon diez sesiones son distribuidas una vez por semana, y los factores de la resiliencia son abordados en una sesión individual, a excepción del tercer factor de la resiliencia (Apoyo familiar) para el que se dedican dos sesiones pues parte de la literatura revisada indicó que es uno de los factores más afectados, así como el de las relaciones sociales en general (Terán Trillo, 2009; Crespo López y López Martínez, 2007; Ortiz Viveros, 2010). No se contempló el pilotaje y una segunda medición porque aún estaba a discusión de la clínica privada.

Antes de pasar al bosquejo se abordará el proceso que se tuvo el programa para su realización, para ello se indicará el número de la sesión el factor que se promovió y el porqué de ese proceso/ explicación.

- *Sesión 1.* Se promovió el factor 1: Confianza en sí mismo. Proceso: Antes de iniciar la sesión se midió el nivel de resiliencia, posteriormente se hicieron actividades para abordar el primer factor de la misma (de acuerdo al orden de la Escala de Resiliencia Mexicana) para empezar a trabajar parte este y no perder tiempo hasta la obtención de los datos, en caso de que resultara necesario incrementarlo.
- *Sesión 2.* Se promovió el factor 5: Estructura personal. Proceso: Una vez obtenido el nivel de la resiliencia de cada factor, se tuvo que el segundo factor (Competencia social), el tercer factor (Apoyo familiar) y el quinto factor (Estructura personal), precisaban ser prioridad en el programa, empezando por abordar los más necesitados que corresponden a la Competencia social y a la Estructura personal con una media de 2.33, descartando el cuarto factor (Apoyo social) que presenta una media de 3.00, por cuestiones del tiempo disponible y considerando que necesitaba menos prioridad por ser uno de los que puntuó más alto. Se ha de aclarar, que la decisión de promover el factor número cinco (Estructura personal) en esta sesión, se sustentó en la definición de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) que lo señalan como una serie de reglas y actividades que llevan a cabo las personas y que facilitan la organización de su vida, tal y cómo lo promueve un cronograma de actividades. Por tanto, el factor cinco: Estructura personal, debía realizarse lo antes posible para generar un hábito en el cuidador, lo que no podía ocurrir si se realizaba hasta el final.

- *Sesión 3.* Se promovió el factor 2: Competencia social. Proceso: Para esta sesión se abordó el segundo factor de la resiliencia. También se adecuó el orden en que se daba las sesiones, pues en la primera hora se abordaban técnicas físicas exclusivas del cuidado (lavado adecuado de manos, limpieza de oídos, ojos, nariz, etc.) y para la segunda hora se abordaban técnicas psicológicas de tipo cognitivo-conductual (resolución de problemas, diálogo socrático, etc.), pero dadas las múltiples ocupaciones de los cuidadores disminuía la disposición de tiempo en muchas ocasiones se disminuyó a su participación durante una hora u hora y media, sin que todos concluyeran la segunda hora. La manera de solucionar dicha situación fue invirtiendo el orden del contenido en las sesiones subsecuentes; empezando por las técnicas psicológicas cognitivo-conductuales.
- *Sesión 4.* Se promovió el factor 2: Competencia social. Proceso: Una vez invertido el orden del contenido en las sesiones subsecuentes existieron más cuestionamientos sobre cómo abordar aspectos psicológicos personales, de su adulto mayor y de la familia, y menos dudas sobre aspectos técnicos del cuidado, para de esta manera generar un mayor impacto en el aspecto psicológico.
- *Sesión 5.* Se promovió el factor 3: Apoyo familiar. Proceso: Para este factor se notó un importante interés por parte de los participantes, al considerar que de la familia devenían muchos problemas para el cuidado de su adulto mayor, sin embargo no se le dio otra sesión por la escasez del tiempo y porque se siguió considerando importante dar prioridad a los factores que tuvieron una menor puntuación en la escala.
- *Sesión 6.* Se promovió el factor 5. Proceso: Para esta sesión se midió ocupó la primera hora para técnicas psicológicas y físicas, y la segunda hora para convivir. Además de realizar la segunda medición de la resiliencia.

Una vez aclarado el proceso se muestra el resultado final que se refleja en la Tabla 11 y 11.1.

Tabla 11. Resultado final: Diseño del programa psicoeducativo de resiliencia.

ESTRUCTURA GENERAL DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA PILOTEADO “CUIDANDO AL CUIDADOR”

Objetivo general del programa: Fomentar el incremento de los factores de resiliencia: Competencia social, Apoyo familiar y Estructura personal para mejorar el nivel de resiliencia global en los CPIF de “La Casa del Abue”.

Sesión: 1 Tema: El cuidador, el cuidador y el adulto mayor

Objetivo general: Dar a conocer el programa de intervención psicoeducativo de los cuidadores de los adultos mayores y a cualquier adulto mayor que pudiera interesarse, sensibilizar e incentivar a asistir al programa a partir de esta primera sesión y buscar propiciar el primer factor de la resiliencia “Fortaleza y confianza en sí mismo” con el uso de la narrativa “El manzano y la estrella”.

Tiempo: 2 horas

| Técnica/Actividad/Instrumento | Objetivo | Fuente |
|---|---|--|
| Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) y cuestionario sociodemográfico | * Contestación del cuestionario sociodemográfico y la escala de resiliencia | Palomar Lever y Gómez Valdez (2010). Ver anexo 3 |
| Técnica rompe hielo “Entrevista colectiva” | *Romper el hielo. *Conocer el nombre de todos los presentes | Acevedo Ibáñez (1987, p. 93.). Ver anexo 5 |
| Código de convivencia | *Elaborar en conjunto una serie de normas que sirvan para la convivencia. | Elaboración grupal. Ver anexo 7 |
| Técnica de cierre: “El manzano y la estrella” | *Sensibilizar sobre la importancia que tienen ellos/as en la labor de cuidado y su autocuidado. | Arévalo Herrera (2014, p. 81). Ver anexo 8 |

Sesión: 2 Tema: Factor de la resiliencia mexicana “Estructura personal”

Objetivo general: Propiciar el factor de resiliencia fortaleza y confianza en sí mismo, por medio de la psicoeducación y el uso de la técnica cognitivo conductual resolución de problemas.

| Técnica/Actividad/Instrumento | Objetivo | Fuente |
|--------------------------------------|--|--|
| Identificación de emociones | *Identificación de emociones. *Generar un registro de emociones antes y después de sesión. | Elaboración propia. Ver anexo 10 |
| Lista de asistencia | *Visualizar la asistencia como un indicador de motivación hacia el curso. | Elaboración propia. Ver anexo 4 |
| Técnicas de: Lavado de manos | *Proporcionar información avalada por organismos públicos para realizar estos dos tipos de técnicas en casa. | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE, 2015). Ver anexo 15 |
| Cronograma de actividades | *Resaltar la importancia de la organización y el cronograma de actividades como una herramienta útil. | Elaboración propia. Ver anexo 17 |
| Técnica de resolución de problemas | *Identificar las propias fortalezas de resolución ante un problema. | “Ejemplo de esquema para la solución de problemas” (Adaptación de López y Crespo, 2008, pp. 71-79). Ver anexo 25 |
| Técnica de respiración diafragmática | *Propiciar relajación. *Mostrar una herramienta auto aplicable para el estrés. | University of North Carolina, UNC Health Care (2013, párr. 1-8). Ver anexo 16 |

Sesión: 3 Tema: Factor de la resiliencia mexicana “Competencia social”

Objetivo general: Propiciar el factor de resiliencia “Competencia social”, por medio de la psicoeducación y el uso de la técnica cognitivo conductual: diálogo socrático.

| Técnica/Actividad/Instrumento | Objetivo | Fuente |
|--|--|--|
| Identificación de emociones | *Identificación de emociones. *Generar un registro de emociones antes y después de sesión. | Elaboración propia. Ver anexo 10 |
| Lista de asistencia | *Visualizar la asistencia como un indicador de motivación hacia el curso. | Elaboración propia. Ver anexo 4 |
| Técnica de baño de esponja para el paciente que se encuentra en cama | *Propiciar el conocimiento de un cuidado físico para el paciente en cama de manera dinámica. *Identificar que tan competentes son ellos/as y los/as demás para realizar una actividad. | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE, 2015). Ver anexo 26 |
| Técnica cognitivo-conductual de diálogo socrático | *Indagar sobre su organización en las tareas. *La manera en que se comunican y relacionan con los demás para ejecutar su labor de cuidado. *Generar recursos psicológicos y físicos mediante la práctica. | Partarrieu (2011, p. 180). Ver anexo 28 |
| Técnica de respiración diafragmática | *Propiciar relajación. *Mostrar una herramienta auto aplicable para el estrés. | University of North Carolina, UNC Health Care (2013, párr. 1-8). Ver anexo 16 |

Fuente: Adaptación de “Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)” por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; “El apoyo a cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Como mantener su bienestar” por M., Crespo López y J. López Martínez, 2007, *Colección de Estudios: Serie Dependencia*, (12006), pp. 1-217; “Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer” por A. M., Cerquera Córdoba y D. K., Pabón Poches, 2015, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11, (2), pp. 181-192; “Programa psicoeducativo dirigido a comunidad de Adultos Jubilados de una Institución de gendarmería: Taller de Salud Mental” por A., Baros López, D., Bravo Zepeda, V., Camus Riveros, T., Inostroza Ortega, J., Roblero Vásquez, D., Román Sepúlveda, E., Salazar Zapata, R., Suárez Rojas, C., Tabilo Miranda, C., Varela Loreto, S. y Villanueva Lobos, 2016, *Escuela de Enfermería: Facultad de Medicina*, 27, (1); “Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia” por A., Losada-Baltar, M. I., Fernández de Trocóniz, I., Montorio-Cerrato, M., Márquez-González, M. y Pérez-Rojo, 2004, *Rev Neurol*, 38, (8), pp. 701-708.

Tabla 11.1. Continuación.

| Sesión: 4 Tema: Factor de la resiliencia mexicana “Competencia social” | | |
|--|--|--|
| Objetivo general: Propiciar el factor de resiliencia “Competencia social”, por medio de la psicoeducación y el uso de la actividad: El dado inconformista. | | |
| Técnica/Actividad/Instrumento | Objetivo | Fuente |
| Identificación de emociones | *Identificación de emociones. | Elaboración propia. Ver anexo 10 |
| | *Generar un registro de emociones antes y después de sesión. | |
| Lista de asistencia | *Visualizar la asistencia como un indicador de motivación hacia el curso. | Elaboración propia. Ver anexo 4 |
| Técnica de Adiestramiento de Relajación Progresiva (ARP) de Bernstein y Borkovec | *Propiciar otra técnica para la relajación. | Adiestramiento de Relajación Progresiva (ARP) de Bernstein y Borkovec (citados en Payne, 2005, pp. 74-78). |
| Actividad grupal: Destrucción y construcción del mundo | *Mostrar una herramienta auto aplicable para el estrés. | Ver anexo 33 |
| Actividad cognitivo-conductual: El dado inconformista | *Indagar las creencias irracionales de los/as participantes. | Acevedo Ibáñez (1987, p. 179). Ver anexo 44 |
| | *Revisar y cuestionar en grupo las creencias irracionales. | Adaptación de García (2017). Ver anexo 45 |
| Sesión: 5 Tema: Factor de la resiliencia mexicana “Apoyo familiar” | | |
| Objetivo general: Propiciar el factor de resiliencia “Apoyo familiar”, por medio de la psicoeducación y el uso de la actividad: Reto personal. | | |
| Técnica/Actividad/Instrumento | Objetivo | Fuente |
| Identificación de emociones | *Identificación de emociones. *Generar un registro de emociones antes y después de sesión. | Elaboración propia. Ver anexo 10 |
| Lista de asistencia | *Visualizar la asistencia como un indicador de motivación hacia el curso. | Elaboración propia. Ver anexo 4 |
| Técnica de Adiestramiento de Relajación Progresiva (ARP) de Bernstein y Borkovec | *Propiciar otra técnica para la relajación. | Adiestramiento de Relajación Progresiva (ARP) de Bernstein y Borkovec (citados en Payne, 2005, pp. 74-78). |
| Actividad grupal de trabajo en equipo: El reto de la pelota | *Mostrar una herramienta auto aplicable para el estrés. | Ver anexo 33 |
| Actividad cognitivo-conductual: Reto personal | *Generar cohesión, trabajo en equipo y evaluación de la comunicación. | Adaptación de García (2017). Ver anexo 42 |
| | *Modificación de la conducta para propiciar el apoyo social por medio de la motivación personal. | Elaboración propia. Ver anexo 31 |
| Tips generales sobre alimentación y adecuación de espacios y de prevención para cuidar mejor | *Dar un listado sobre alternativas útiles para la realización del cuidado. | Adaptación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMS, 2015). Ver anexo 43 |
| Sesión: 6 Tema: Factor de la resiliencia mexicana “Estructura personal” | | |
| Objetivo general: Propiciar el factor de resiliencia “Estructura personal”, por medio de la psicoeducación y el uso de la técnica Gestalt: El hombre sabio. | | |
| Técnica/Actividad/Instrumento | Objetivo | Fuente |
| Identificación de emociones | *Identificación de emociones. *Generar un registro de emociones antes y después de sesión. | Elaboración propia. Ver anexo 10 |
| Lista de asistencia | *Visualizar la asistencia como un indicador de motivación hacia el curso. | Elaboración propia. Ver anexo 4 |
| Lista de cuidados psico-emocionales para el adulto mayor y el cuidador | *Brindar una herramienta útil para su aplicación en la labor del cuidado. | Adaptación de Torrado Ramos, s. a; Arévalo Herrera (2014); López Parra (2008), Secretaría de Salud del Distrito Federal, SEDESA (2018). Ver anexo 34 |
| Técnica Gestalt: El hombre sabio | *Lograr relajación a través de la fantasía. | Castanedo Secadas (2008, p. 358-359). Ver anexo 37 |

NOTA: Se aclara que en cada sesión se entregó material impreso que incluyó información técnica y psicológica para realizar alguna actividad para el cuidado del adulto mayor y para el autocuidado, además de actividades que debían de ser realizadas y traídas para la siguiente sesión. Ver anexos señalados en la tabla, y distribuidos del 1-45.

Fuente: Adaptación de “Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)” por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; “El apoyo a cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Como mantener su bienestar”” por M., Crespo López y J. López Martínez, 2007, *Colección de Estudios: Serie Dependencia*, (12006), pp. 1-217; “Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer” por A. M., Cerquera Córdoba y D. K., Pabón Poches, 2015, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11, (2), pp. 181-192; “Programa psicoeducativo dirigido a comunidad de Adultos Jubilados de una Institución de gendarmería: Taller de Salud Mental” por A., Baros López, D., Bravo Zepeda, V., Camus Riveros, T., Inostroza Ortega, J., Roblero Vásquez, D., Román Sepúlveda, E., Salazar Zapata, R., Suárez Rojas, C., Tabilo Miranda, C., Varela Loreto, S. y Villanueva Lobos, 2016, *Escuela de Enfermería: Facultad de Medicina*, 27, (1); “Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia” por A., Losada-Baltar, M. I., Fernández de Trocóniz, I., Montorio-Cerrato, M., Márquez-González, M. y Pérez-Rojo, 2004, *Rev Neurol*, 38, (8), pp. 701-708.

Las Tabla 11y 11.1 muestran el programa aplicado a “La Casa del Abue”, en estas se encuentran las modificaciones realizadas a partir de la primera medición de la resiliencia, además se cambió el nombre del programa para hacerlo más atractivo al público, pero no varió mucho en esencia.

4.1.2 Primer análisis estadístico de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)

Se aplicó la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) a tres de los cinco cuidadores interesados y pertenecientes a La Casa del Abue ubicada en México, Puebla; Pue., que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, de los cuales 2 fueron mujeres y sólo un hombre, a pesar de que esta cantidad no reflejara una muestra estadísticamente significativa, se decidió trabajar con ella para cumplir el acuerdo institucional, y profesional, con La Casa del Abue, y con los cuidadores informales. Se esclarece que no se realizaron mediciones en las personas que posteriormente se aunaron, pues se encontrarían en una situación de desventaja respecto a las primeras.

Cabe señalar que para el análisis estadístico se usó el programa *IBM SPSS Statistics 24*, y los cinco factores que componen la escala, tienen un recorrido del 1 al 4 (que corresponde a: “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”, respectivamente), y para su clasificación se asignaron las siguientes etiquetas: del 1 al 2 se consideró un nivel de resiliencia bajo; del 2 al 3 un nivel de resiliencia medio y del 3 al 4 un nivel de resiliencia alto. Obteniendo los resultados de la Tabla 12.

Tabla 12. *Niveles de la resiliencia por factor (primera medición)*

| | | Nivel de Resiliencia Factor 1 | Nivel de Resiliencia Factor 2 | Nivel de Resiliencia Factor 3 | Nivel de Resiliencia Factor 4 | Nivel de Resiliencia Factor 5 |
|----------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| N | Válido | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | Perdidos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Media | | 3.0000 | 2.3333 | 2.6667 | 3.0000 | 2.3333 |
| Mediana | | 3.0000 | 2.0000 | 3.0000 | 3.0000 | 2.0000 |
| Moda | | 3.00 | 2.00 | 3.00 | 3.00 | 2.00 |
| Desviación estándar | | .00000 | .57735 | .57735 | .00000 | .57735 |
| Rango | | .00 | 1.00 | 1.00 | .00 | 1.00 |

Fuente: Adaptación de “Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)” por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; *IBM SPSS Statistics 24*.

La Tabla 12 indica que la media del nivel de resiliencia en los factores 1 (Fortaleza y confianza en sí mismo) y 4 (Apoyo Social) es de 3.00, es decir que poseen un nivel apenas alto de resiliencia, mientras que el factor 3 (Apoyo familiar) presenta una media de 2.66, o un nivel de resiliencia medio y los factores 2 (Competencia social) y 5 (Estructura personal) tienen una media de 2.33 se mantienen en un nivel de resiliencia medio pero por debajo del tercer factor. Lo que situó a estos tres últimos con los niveles más bajos, y por tanto tuvieron prioridad para ser potenciados al adecuar el diseño del programa de intervención psicoeducativo de resiliencia.

4.1.3 Resultados del análisis descriptivo del Cuestionario de datos sociodemográficos y del cuidado informal

El perfil del Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF) de La Casa del Abue se muestra en la Tabla 24 y en la descripción subsecuente.

Tabla 24. *Perfil del Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF)*

| | | Edad del cuidador | Escolaridad | Número de personas que apoyan al CPIF | Edad del Adulto/a Mayor cuidado |
|--------------|-----------------|-------------------|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| N | Válido | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | Perdidos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Media | | 54.00 | 3.00 (Preparatoria) | .67 | 84.67 |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; IBM SPSS *Statistics* 24.

El Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF) de La Casa del Abue tiene una edad promedio de 54 años en adelante, con un nivel de escolaridad de preparatoria, cuenta con una persona para apoyarle en el cuidado que realiza y la edad del adulto mayor que cuida se da de los 85 años en adelante. Así también el género predominante de la muestra (N=3) fue el femenino, con una ganancia de dos a uno. El estado civil de toda la muestra fue el de casado, en cuanto a las enfermedades diagnosticadas por un profesional, el consumo de medicamentos y el consumo de drogas en los CPIF, sólo se presentó en uno de los cuidadores. Toda la muestra refirió cuidar por vínculos afectivos y todos los CPIF son hijos del adulto mayor dependiente. Dos de los CPIF cuidaron o cuidan a más de una persona,

Los intereses más puntuados de mayor a menor, en cuanto a conocimientos físicos para el cuidado de su adulto mayor, fueron: 1) Tips generales sobre

alimentación, aseo, adecuación de espacios y prevención para cuidar mejor, 2) Procedimiento para bañar a una persona en cama, 3) Técnicas para el uso y planificación del tiempo y 4) Directorio de profesionales para el apoyo del cuidador.

Respecto a los conocimientos psicológicos y emocionales solicitados, destacaron: 1) Técnicas de comunicación personal, 2) Técnica para el manejo de problemas personales y familiares, 3) Técnicas para el apoyo social y familiar, 4) Técnicas para el manejo de estrés, 5) Estrategias de afrontamiento, 6) Técnicas para fortalecer la confianza en sí mismo, 7) Técnicas para poner límites personales.

En relación a las afectaciones más frecuentes, las principales son en: 1) el tiempo de recreación (salir a pasear/despejarse/divertirse, etc.) y 2) la vida social (amistades/familia/etc.), posteriormente le siguen afectaciones en: 3) las labores del hogar, 4) la salud, 5) la privacidad, 6) la actitud y/o emociones, 7) el control de su vida, 8) la tranquilidad, 9) el sueño y 10) la preparación de comida. En relación a ello, se pudo aclarar que los CPIF cuidan a adultos mayores que dependen de ellos, en un promedio de 1 a 6 Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), según lo reflejó la adaptación del índice de Katz (citado en Trigás-Ferrín, Ferreira-González y Mejjide-Míguez, 2011, p. 12).

4.2 Resultados del segundo momento

4.2.1 Segundo análisis estadístico, posterior al pilotaje del programa psicoeducativo de resiliencia en La Casa del Abue

Para observar, los resultados estadísticos generales del segundo momento de la investigación obsérvese la Tabla 13, donde se aúnan los datos de la segunda medición de la resiliencia con la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) posterior al pilotaje del programa psicoeducativo de resiliencia.

Tabla 13. Niveles de la resiliencia por factor (segunda medición)

| | | Nivel de resiliencia Factor 1 | Nivel de resiliencia Factor 2 | Nivel de resiliencia Factor 3 | Nivel de resiliencia Factor 4 | Nivel de resiliencia Factor 5 |
|----------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| N | Válido | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | Perdidos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Media | | 3.0000 | 2.3333 | 2.6667 | 2.6667 | 2.6667 |
| Mediana | | 3.0000 | 2.0000 | 3.0000 | 3.0000 | 3.0000 |
| Moda | | 3.00 | 2.00 | 3.00 | 3.00 | 3.00 |
| Desviación estándar | | .00000 | .57735 | .57735 | .57735 | .57735 |
| Rango | | .00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; IBM SPSS Statistics 24.

La Tabla 13, indica que la media del nivel de resiliencia del factor 1 (Fortaleza y confianza en sí mismo) se mantiene, mientras que el factor 4 (Apoyo Social) decrecimiento en un 0.33 %. En cuanto al factores 2 (Competencia social) y 3 (Apoyo familiar) se muestran constantes, y el factor 5 (Estructura personal) tuvo un incremento del 0.33%. Para revisar a detalle las mediciones de cada factor antes y después del pilotaje del programa de intervención psicoeducativo véase las Tablas 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23.

Tabla 14. *Nivel de Resiliencia Factor 1: Fortaleza y confianza en sí mismo (Primera medición)*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Nivel alto | 3 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; IBM SPSS Statistics 24.

Gráfica 2. *Nivel de Resiliencia Factor 1: Fortaleza y confianza en sí mismo (Primera medición)*

En la Tabla 14 los tres participantes tuvieron en el primer factor de la resiliencia (Fortaleza y confianza en sí mismo) un nivel de resiliencia alto. Lo que también se expresa en la gráfica 2.

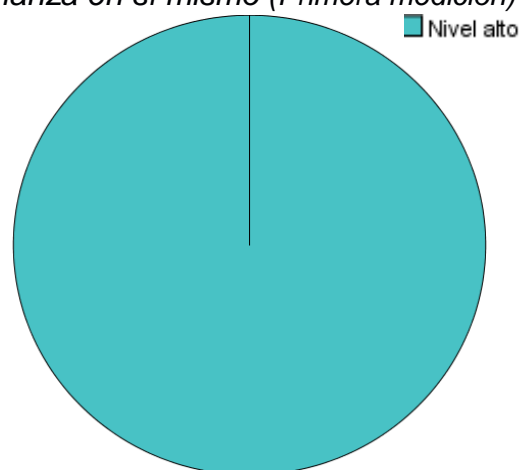
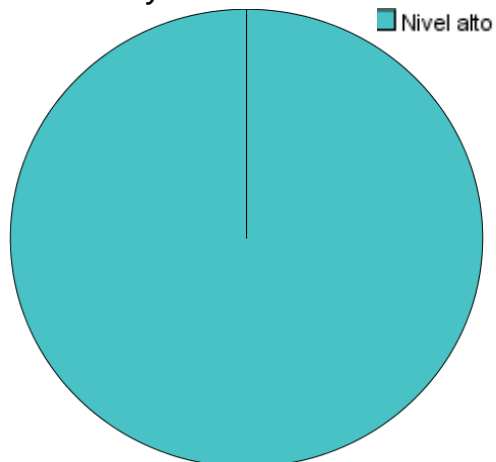


Tabla 15. *Nivel de resiliencia Factor: Fortaleza y confianza en sí mismo (Segunda medición)*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Nivel alto | 3 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; IBM SPSS Statistics 24.

Gráfica 3. *Nivel de Resiliencia Factor 1: Fortaleza y confianza en sí mismo (Segunda medición)*



En la Tabla 15 los tres participantes mantuvieron un nivel de resiliencia alto en el primer factor de la resiliencia (Fortaleza y confianza en sí mismo) un nivel de resiliencia alto. Esto también se expresa en la gráfica 3.

Tabla 16. Nivel de Resiliencia Factor 2: Competencia social (Primera medición)

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--------------|------------|--------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Nivel Medio | 2 | 66.7 | 66.7 | 66.7 |
| | Nivel alto | 1 | 33.3 | 33.3 | 100.0 |
| | Total | 3 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; IBM SPSS Statistics 24.

Gráfica 4. Nivel de Resiliencia Factor 2: Competencia social (Primera medición)

En la Tabla 16 dos de los tres participantes tuvieron en el segundo factor de la resiliencia (Competencia social) un nivel de resiliencia medio y sólo uno con un nivel de resiliencia alto. Lo que también se expresa en la Gráfica 4.

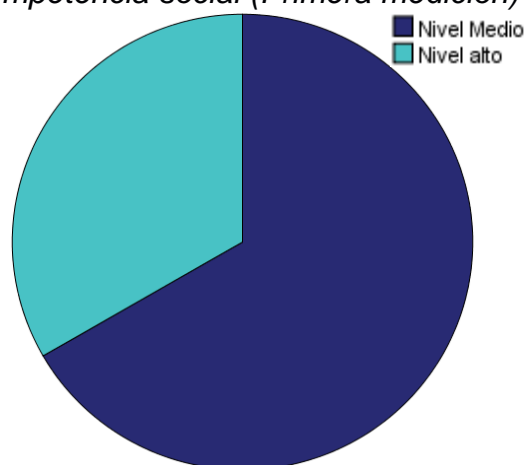
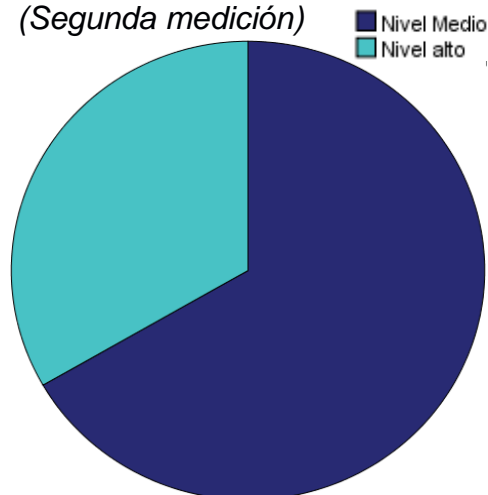


Tabla 17. Nivel de Resiliencia Factor 2: Competencia social (Segunda medición)

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--------------|------------|--------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Nivel Medio | 2 | 66.7 | 66.7 | 66.7 |
| | Nivel alto | 1 | 33.3 | 33.3 | 100.0 |
| | Total | 3 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; IBM SPSS Statistics 24.

Gráfica 5. Nivel de Resiliencia Factor 2: Competencia social (Segunda medición)



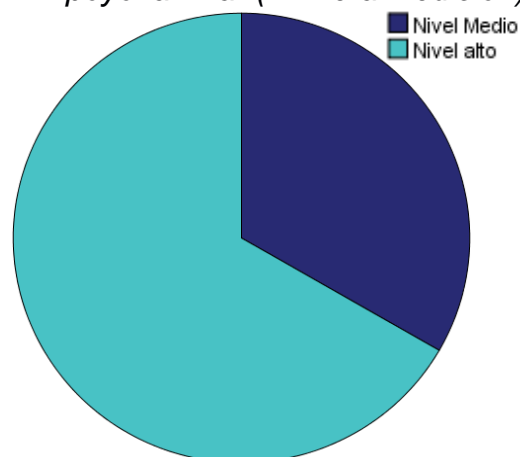
En la Tabla 17 el segundo factor de la resiliencia (Competencia social) se mantuvo en el mismo nivel de resiliencia al igual que en la primera medición. Lo que también se expresa en la Gráfica 5.

Tabla 18. *Nivel de Resiliencia Factor 3: Apoyo familiar (Primera medición)*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Nivel Medio | 1 | 33.3 | 33.3 | 33.3 |
| | Nivel alto | 2 | 66.7 | 66.7 | 100.0 |
| | Total | 3 | 100.0 | 100.0 | |

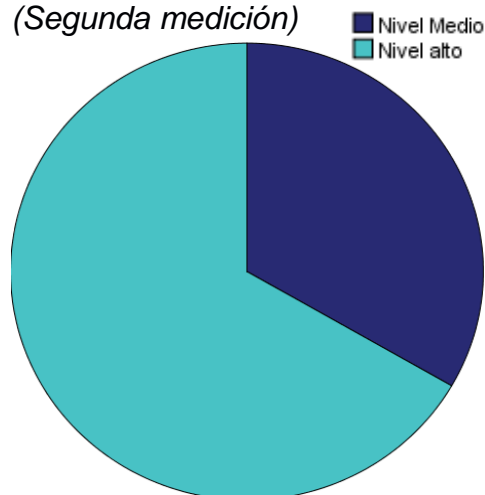
Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; IBM SPSS Statistics 24.

En la Tabla 18 dos de los participantes tuvieron en el tercer factor de la resiliencia (Apoyo familiar) un nivel de resiliencia alto y sólo uno con un nivel de resiliencia medio. Lo que también se expresa en la Gráfica 6.

Gráfica 6. *Nivel de Resiliencia Factor 3: Apoyo familiar (Primera medición)*Tabla 19. *Nivel de Resiliencia Factor 3: Apoyo familiar (Segunda medición)*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Nivel Medio | 1 | 33.3 | 33.3 | 33.3 |
| | Nivel alto | 2 | 66.7 | 66.7 | 100.0 |
| | Total | 3 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; IBM SPSS Statistics 24.

Gráfica 7. *Nivel de Resiliencia Factor 3: Apoyo familiar (Segunda medición)*

En la Tabla 19 el tercer factor de la resiliencia (Apoyo familiar) se mantiene en su mayoría con un nivel de resiliencia alto, como en la medición anterior. Ello se expresa en la Gráfica 7.

Tabla 20. Nivel de Resiliencia Factor 4: Apoyo social (Primera medición)

| Válido | Nivel alto | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | Nivel alto | 3 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; IBM SPSS Statistics 24.

Gráfica 8. Nivel de Resiliencia Factor 4: Apoyo social (Primera medición)

En la Tabla 20 los tres participantes tuvieron en el cuarto factor de la resiliencia (Apoyo social) un nivel de resiliencia alto. Lo que se expresa también en la Gráfica 8.

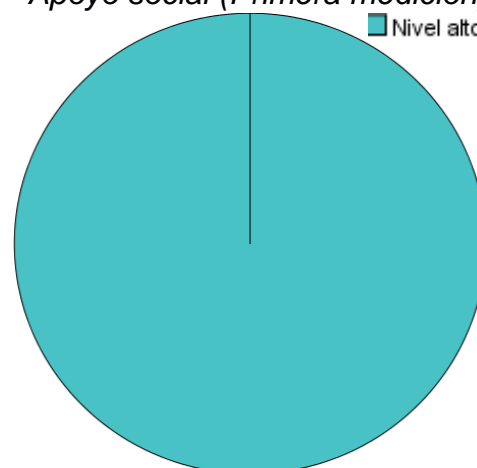
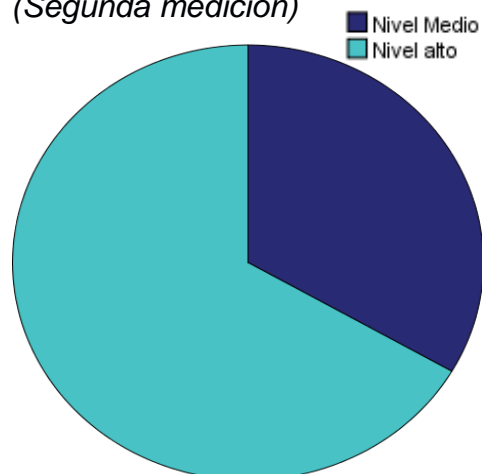


Tabla 21. Nivel de Resiliencia Factor 4: Apoyo social (Segunda medición)

| Válido | Nivel Medio | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--------------|------------|--------------|-------------------|----------------------|
| | Nivel Medio | 1 | 33.3 | 33.3 | 33.3 |
| | Nivel alto | 2 | 66.7 | 66.7 | 100.0 |
| | Total | 3 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; IBM SPSS Statistics 24.

Gráfica 9. Nivel de Resiliencia Factor 4: Apoyo social (Segunda medición)



En la Tabla 21 muestra a dos de los tres participantes en un nivel alto de resiliencia respecto al cuarto factor de la resiliencia (Apoyo social) y a un participante que disminuyó su nivel de resiliencia de alto a medio. Lo que se expresa también en la Gráfica 9.

Tabla 22. Nivel de Resiliencia Factor 5: Estructura personal (Primera medición)

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Nivel Medio | 2 | 66.7 | 66.7 | 66.7 |
| | Nivel alto | 1 | 33.3 | 33.3 | 100.0 |
| | Total | 3 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; IBM SPSS Statistics 24.

Gráfica 10. Nivel de Resiliencia Factor 5: Estructura personal (Primera medición)

En la Tabla 22 dos de los tres participantes tuvieron en el quinto factor de la resiliencia (Estructura personal) un nivel de resiliencia medio y sólo uno un nivel de resiliencia alto. Lo que también se expresa en la Gráfica 10.

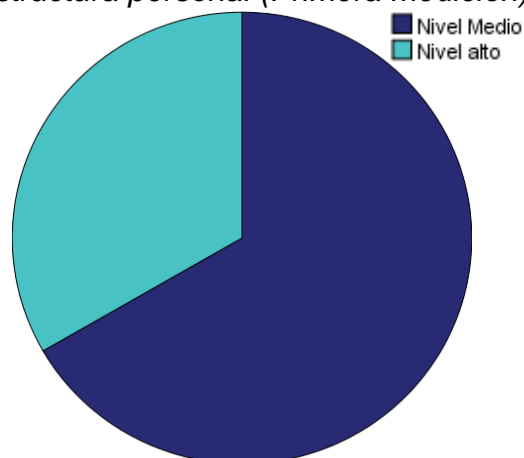
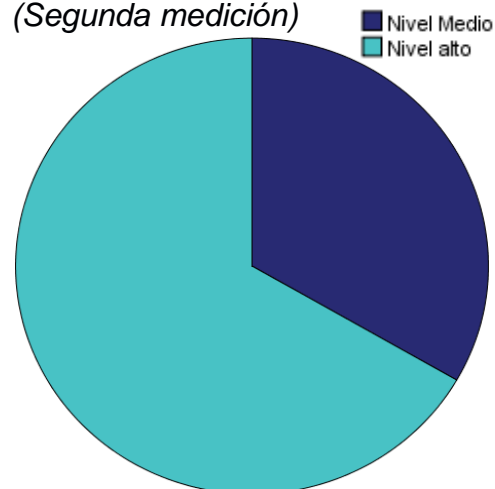


Tabla 23. Nivel de Resiliencia Factor 5: Estructura personal (Segunda medición)

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Nivel Medio | 1 | 33.3 | 33.3 | 33.3 |
| | Nivel alto | 2 | 66.7 | 66.7 | 100.0 |
| | Total | 3 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Adaptación de "Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)" por J. Palomar Lever y N. E., Gómez Valdez, 2010, *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22; IBM SPSS Statistics 24.

Gráfica 11. Nivel de Resiliencia Factor 5: Estructura personal (Segunda medición)



En la Tabla 23 se invirtió el nivel de resiliencia presentado en el quinto factor de la resiliencia (Estructura personal), aquí la prevalencia es un nivel alto en este factor, comparado con la gráfica anterior. Esto también queda expresado en la Gráfica 11.

Los datos observados en las Tablas 14, 16, 18, 20 y 22 afirmaron que eran tres los factores con mayor necesidad de estimulación: factor 2: Competencia social; factor 3: Apoyo familiar y factor 5: Estructura personal, y gracias a ello se hicieron las modificaciones pertinentes al diseño del programa psicoeducativo de resiliencia. En cuanto al resultado estadístico posterior a la intervención, que se refleja en las Tablas 15, 17, 19, 21 y 23, señaló el mantenimiento de los niveles de resiliencia del factor 1: Fortaleza y confianza en sí mismo, factor 2: Competencia social y factor: 3: Apoyo familiar, así también se notó una disminución de 0.33% en el factor 4: Apoyo social, posiblemente a causa de no ser incluido en el programa de resiliencia, dadas las cuestiones de tiempo, mientras que el factor 5: Estructura personal, que incrementó con un 0.33%.

En ese sentido los estudios previos revisados no afirman o desconfirman que el abordaje de los cinco factores son necesarios para no ocasionar un desajuste en los otros. La falta de evidencia ante esto se puede deber a que, dichos programas, lograron aplicar todas las sesiones programadas con espacio de una semana, entre cada una y en donde la muestra analizada no suele ser menor a quince cuidadores. Por ello, este es un planteamiento hipotético pero no puede ser una aseveración confirmatoria de los resultados que se obtuvieron del pilotaje, aunque no ocurre lo mismo para el diseño del programa, pues se recuerda que este si cuenta con las recomendaciones hechas por la literatura. Respecto a esto, se ahondará un poco más en el apartado de las conclusiones.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

Este apartado estará dividido en dos partes que corresponden a los dos momentos de la investigación. En la primera parte se darán a conocer las conclusiones sobre el diseño del programa de intervención psicoeducativo de resiliencia, y la segunda parte se avocará en las conclusiones sobre el pilotaje.

5. 1 Conclusiones sobre el diseño del programa de intervención psicoeducativo de resiliencia

Tomando en cuenta la literatura revisada, la conclusión a la que se llegó después de culminar el diseño del programa psicoeducativo de resiliencia, cumple con los cuatro aspectos presentes en el modelo psicoeducativo (Albarrán Ledezma y Macías Terriquez, 2007, párr. 14):

- a) *Involucramiento familiar*: El programa contiene actividades y técnicas para efectuar en conjunto y de manera individual.
- b) *Información y orientación*: Además de ejemplificar y poner en práctica la teoría, se provee de material con contenidos que benefician al cuidador como al adulto mayor dependiente y la orientación se prevé como parte las actividades a realizar al presentar el objetivo general de cada sesión y con la revisión de tareas.
- c) *Entrenamiento en solución de problemas*: Con este fin se aunaron técnicas cognitivo-conductuales así como actividades para ejecutar fuera de las sesiones (tarea), todas con el objetivo de reforzar acciones que propician la resiliencia.
- d) *Facilitación de rehabilitación social y vocacional*: Las actividades planeadas para las sesiones incluyen técnicas de interacción social, del mismo modo se promueve información que sirva para tal fin, y además, se proponen tareas que cumplen con este objetivo, de tal modo que el cuidador refuerce sus redes de apoyo social y genere espacios para su desarrollo personal.

Además, el diseño del programa también refleja las aportaciones tomadas de los estudios de Crespo López y López Martínez (2007); Cerquera Córdoba y Pabón Poches (2015); Baros López et al. (2016); Losada-Baltar, Fernández de Trocóniz et al. (2004), que a su vez consistieron en:

- 1) *La utilización de una definición de resiliencia que ayudó a su operacionalización a partir de sus componentes.*
- 2) *Caracterización de la muestra de CPIF por medio de la utilización de uno a más instrumentos.*
- 3) *Elaboración del programa teniendo en cuenta una postura teórica, y las mediciones hechas.*
- 4) *Inclusión de temas teórico-prácticos sobre la labor de cuidado.*
- 5) *Evaluación del programa diseñado, por un grupo de expertos externos.*

Por tanto el diseño de cuenta con un sustento teórico que avala su uso y aplicación para promover y/o desarrollar la resiliencia en el CPIF. Además se aúna como una opción pertinente a las propuestas que se centran en la atención psicológica, particularmente la psicoeducativa. Y retoma la importancia del CPIF, sin dejar de lado al adulto mayor que cuida, pero tampoco haciendo uso exclusivo de su labor, para beneficiar únicamente al segundo.

5. 2 Conclusiones sobre el pilotaje

Se puede concluir que los resultados no son estadísticamente representativos de la población¹⁸ de Cuidadores Primarios Informales Familiares (CPIF) pues sólo se tuvo tres personas que cumplían con los criterios de inclusión y de exclusión. Las principales causas de ello, se abordarán en el apartado de “Limitaciones del estudio”, pero se puede aclarar que estas no hacen posible generar conclusiones precisas sobre el pilotaje, pero sí, recomendaciones para mejorar su aplicación, tales como:

1. Hacer difusión y promoción del programa por lo menos dos meses o un mes y medio antes de su aplicación.
2. Aplicar el programa psicoeducativo de resiliencia de diez sesiones, mismo que se mostró en este trabajo. Todo ello sin dejar de lado ninguno de los factores de la resiliencia, a pesar de que las mediciones pudieran mostrar una necesidad mayor por alguno de ellos, y de ser ese el caso, la recomendación es aunar una o dos sesiones al programa sobre el factor que se muestre muy necesitado. Se comenta esto porque existieron variaciones ambiguas al hacer la segunda medición de la

¹⁸ No se tiene un número de cuántos son. Dadas las políticas de la institución no se permitió el acceso a los datos que pudieran afirmar una cifra en total.

resiliencia, lo que puede ser resultado de los inconvenientes que se tuvieron en cuestión al tiempo, pero también por la eliminación del factor “Apoyo social” a causa de ello, afectándose el nivel de resiliencia global.

3. Dar espacio de una semana entre cada sesión para permitir la asimilación de los conocimientos brindados.
4. Generar un formato de registro previo a la aplicación del programa, en donde se incluyan datos de contacto para poder comunicarse con la persona en caso de necesitarse.
5. Realizar un acuerdo con la institución en cuanto a los gastos de material y los honorarios (si es el caso). Ya que muchas de las sesiones del programa diseñado necesitan proporcionar material impreso, entre otros.
6. Trabajar de manera interdisciplinaria con gerontólogos, médicos, enfermeros, gericultistas, etc., es algo pertinente, sobre todo para las tres primeras sesiones en donde se trabajan aspectos más técnicos sobre cuidados físicos y médicos, pues, a pesar de que se contó con una formación previa sobre información técnico-médica, conviene valerse de profesionales expertos en el área. Esto es algo que han puesto en práctica otras investigaciones como la de Losada, Márquez-González y Peñacoba Puente (2007), obteniendo favorables resultados al apoyar y reforzar la formación de los cuidadores.
7. Para indagar elementos específicos de la resiliencia o la labor del cuidado y/o sus repercusiones, se pueden aunar instrumentos para analizar las redes de apoyo como los que propone Terán Trillo (2009), que ha validado el cuestionario-inventario “Red Social” para el contexto mexicano, y propone el uso del cuestionario “Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)” para el análisis de la calidad de vida. Por su parte, la investigadora Ortiz Viveros (2010, p. 15) enlista los siguientes instrumentos para analizar el cuidado y sus repercusiones: 1) *Social Behavior Assessment Schedule (SBAS)*, 2) *Experience of Caregiving Inventory (ECI)*, 3) *Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ)*, 4) *Interview Schedule-Short Form (FBIS-SF)* y 5) Entrevista de Carga del Cuidador (ECC) de Zarit y Zarit (1983). Se ha de tomar en cuenta que estos u otros instrumentos, serán útiles si se requiere ahondar en algún aspecto particular, de no ser así, se deben omitir.

8. Se debe de tener en cuenta que la población puede llegar a ser diversa, y por tanto conviene adaptarse e incluirla en la medida de lo posible. Esta surge a partir del involucramiento de adultos mayores independientes (que asistieron por voluntad propia), de los cuidadores informales remunerados, los CPIF, y los adultos mayores dependientes (que acompañaban o eran llevados por los CPIF) con evidentes limitaciones. Teniendo en cuenta las categorías mencionadas, se esclarece que cada una tuvo necesidades particulares que no abordaba el programa, un ejemplo de ello fueron los adultos mayores independientes que referían “yo vine a aprender algo para cuidarme, porque mis hijos no me quieren cuidar”, mientras que un cuidador informal remunerado comentó “vengo a aprender cosas que me ayuden a realizar mejor mi trabajo”; en el primer caso existía una necesidad de autocuidado, a partir del abandono que refiere la persona, por parte de sus familiares, mientras que en el segundo caso, se solicitó la impartición de conocimientos técnico-médicos más allá de los que cubría el programa.
9. Si es que las condiciones y recursos lo permiten, se puede realizar estudios comparativos. Tomando en cuenta el punto anterior, una opción que se propone es la comparación de dos o más poblaciones, como lo sería: el análisis de los niveles de resiliencia en cuidadores informales remunerados y Cuidadores Primarios Informales Familiares (CPIF) no remunerados, después de pasar por la aplicación del programa, pues a pesar de que ambos proveen cuidado, usualmente los CPIF se encuentran en desventaja en relación a los otros, al tener una jornada completa de trabajo sin remuneración y descanso, “cuidar, involucra no solo la atención y cuidado sino la custodia total del enfermo.” (Ortiz Viveros, 2010, 11).
10. Continuando con las recomendaciones, se considera necesario buscar técnicas o estrategias para incluir o sobrellevar la presencia del adulto mayor dependiente durante las sesiones, pues resultó común que el CPIF llegara con su adulto mayor dependiente.
11. Abordar información y técnicas meramente psicológicas, en la primera hora de la sesión, priorizando a partir de la cuarta sesión, que es en donde se comienzan a abordar los factores de la resiliencia. Se menciona esto porque el CPIF usualmente tiene muy poco tiempo para realizar otras actividades que no sean cuidar de su

adulto mayor dependiente. Situación que quedó expuesta desde la primera sesión en donde los CPIF acordaron para el código de convivencia, respetar si alguien tenía que retirarse porque por ir a consulta con su adulto mayor, u otra actividad que tuviera que ver con el cuidado, etc.

12. Para tener más precisión de los alcances del programa psicoeducativo de resiliencia convendría dar seguimiento a los participantes una vez finalizado el programa, como lo hicieron Crespo López y López Martínez (2007). Para esto, convendría elaborar un formato abreviado sobre el Cuestionario sociodemográfico del cuidador informal, aunque sería necesario seguir aplicando la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de manera completa para evitar sesgos.

Ahora bien, otras recomendaciones que se pueden hacer particularmente a las instituciones involucradas en el proceso, son a:

- A) La Casa del Abue: Al revisar los talleres y servicios que brinda se puede notar la falta de inclusión oficial del cuidador informal de la lista que se despliega en su página oficial, sin embargo las autoridades informaron que existía un taller dirigido a los cuidadores informales de pacientes pertenecientes al área de fisiatría, para prevenir las caídas. Esta información valiosa podría ser incorporada evidenciada, como uno de los servicios que da La Casa del Abue y de esta manera: 1) dar reconocimiento social a los cuidadores informales, 2) tratar a dos poblaciones íntimamente relacionadas y 3) responder a una necesidad social de manera oficial.
- B) Facultad de Psicología de la BUAP: Especialmente al programa educativo del Modelo Minerva, que sólo contaba con una sola materia (Desarrollo Humano III) para abordar al adulto mayor como objeto de estudio, y si acaso se mencionaba de manera secundaria a otras poblaciones estudiadas con las que el adulto mayor tiene interacción, pero sin que fuera el centro de análisis. Se ha de recordar que ante todo una institución tiene un deber social a cumplir, es decir, que debe adecuar sus programas de estudio acorde a las necesidades existentes ya que esto no solo le beneficia a sí misma, sino también a sus egresados, abriendo mayores oportunidades en el campo laboral, pero ante todo para dar respuesta a una sociedad.

5.3 Limitaciones del estudio

5.3.1 Limitaciones sobre el diseño del programa de intervención psicoeducativo de resiliencia

Una limitación sobre el diseño del programa son los conocimientos que posee, o no, el facilitador, pues conviene que quien o quienes participen en su aplicación tengan conocimientos generales en: psicología cognitiva-conductual, gerontología, geriatría u otras afines, priorizando ante todo, los conocimientos psicológicos, de tal manera que el facilitador funja como una figura promotora de inclusión para los cuidadores y su adulto mayor, rompiendo estigmas y prejuicios sociales a partir de su formación profesional.

Aunado a esto, se encuentra la necesidad de trabajar de manera interdisciplinaria, sobre todo para las tres primeras sesiones en las que se dan conocimientos y técnicas generales para el cuidado físico del adulto mayor. Otro aspecto es el tiempo que poseen los cuidadores informales para asistir, ya que son una población que compagina “múltiples roles simultáneos [que pueden ejemplificarse en el caso de] la cuidadora: como enfermera, ama de casa, esposa, madre, trabajadora, etc.” (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro citados en Ortiz Viveros, 2010, p. 12), de tal manera que dos horas pueden ser mucho tiempo para ellos, ante esto en el capítulo de “Conclusiones” se recomienda priorizar las técnicas psicológicas para la primera hora y podría sólo entregarse información concisa sobre técnicas físicas. Aunque también:

Conviene ofrecer estas intervenciones cuanto antes, pues varios autores (Brodaty et al., 1997; Chu et al., 2000; Drummond et al., 1991; Mohide et al., 1990) tienen la impresión, no corroborada empíricamente, de que los cuidadores que llevan ocupando su rol durante menos tiempo obtienen mayores beneficios de las intervenciones (Crespo López y López Martínez, 2007, p. 180).

La disposición y el propio proceso de asimilación del CPIF para su desarrollo resiliente, son otras de las limitaciones a mencionar, pues puede que, por sus actividades o por su propia decisión, no siempre cumpla con la realización de las tareas

asignadas que funcionan como reforzador de lo aprendido. Sin embargo un indicador favorable será su asistencia regular a las sesiones, ya que en ellas es en donde se aprende la aplicación de las técnicas, además de impedir su aislamiento social.

La última limitación tiene que ver con los recursos humanos, materiales y económicos a implementar, pues en la mayoría de las sesiones se provee material impreso que sirva como apoyo al cuidador informal y con el cual debe trabajar en casa, además de necesitarse ciertos recursos físicos o humanos como lo son un enfermero, un médico geriatra, etc., en caso de trabajar de manera interdisciplinaria, o una colchoneta para la técnica de “Baño de esponja en cama” de la sesión número 5.

5.3.2 Limitaciones del pilotaje

La primera limitación fue: el tiempo en que se realizó la difusión del programa contando únicamente con una semana para ello, que a su vez acortó las posibilidades de abarcar un número mayor de participantes y provocó la disminución de las sesiones (de diez, previamente planeadas, a seis), eliminando del programa el abordaje del factor “Apoyo social” que mostró un nivel alto de resiliencia en la primera medición, pero que disminuyó para la segunda, posiblemente a causa de esto. Además, se tuvo que reducir el espacio entre cada intervención, pasando de aplicar una por semana a dos por cada semana. Lo que en conjunto vino a ser la principal limitación para el pilotaje del programa, aunque no así, para el diseño del programa psicoeducativo de resiliencia que sí contempla diez sesiones, distribuidas una por semana y una difusión previa de al menos dos meses o un mes y medio.

Siguiendo con la lista de limitaciones, se encuentra que La Casa del Abue, al ser un centro de asistencia gerontológico, tiene por población principal a los adultos mayores que aún mantienen un nivel de funcionalidad, los cuales asisten para realizar actividades sociales, de salud, culturales, etc., y por tanto existen múltiples talleres para ellos, de tal manera que al promocionar el curso se incorporaron cuatro adultos mayores que no cuidaban a alguien pero deseaban auto cuidarse, y si bien, el programa no excluye a esta población, existieron necesidades como la aprender técnicas de autocuidado para ellos mismos, en las que no necesariamente se centró el objetivo del programa, pues las provistas se enfocaron en tratar las repercusiones del

cuidado informal, pero sobre todo buscaron incrementar el nivel de la resiliencia en factores específicos.

A ello se le aunaron las necesidades de los CPIF; como la necesidad de salir antes o entrar un poco después a la sesión porque debían llevar o traer a su adulto mayor de una revisión médica u otra actividad. Esto es algo que se evidenció desde la primera sesión, en donde ellos solicitaron agregar una norma al código de convivencia que se creó para permitir una mejor interacción, en ella se redacta “Respetar si se tiene que salir antes por motivos de cuidado”, la manera en que el grupo lo expresó verbalmente fue “entender si tenemos que salir para llevar a nuestro adulto mayor a la consulta u otra cosa para cuidarle”, afortunadamente esta norma no impidió la asistencia de los CPIF en la mayoría de las sesiones, ya que fomentó el entendimiento mutuo, pero no se puede negar que siga siendo una limitante que no permite trabajar al cien por ciento con los participantes.

Otra limitante que se presentó fue en relación al orden de los contenidos, pues al utilizar la primera, de las dos horas destinadas, para las técnicas físicas de cuidado, no siempre permitió enseñar a todos las técnicas psicológicas, sobre todo cuando debían de salir antes. Es por ello que a partir de la tercera sesión se cambió el orden implementado.

Por último, se notó una necesidad de trabajo interdisciplinario para con el CPIF, que solicitaba verbalmente conocimientos médicos (tanto como psicológicos). Y aun que dicha situación si fue abordada, por los conocimientos de formación gerontológica previos que posee la facilitadora. La falta de recursos humanos, económicos y de una formación meramente médica limitó ahondar más allá en temas que no correspondían a la Psicología.

CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo Ibáñez, A. (1987). *Aprender jugando. 60 dinámicas vivenciales, tomo 1*. México: Limusa.
- Alba Martín, R. (2015). El concepto de cuidado a lo largo de la Historia, *Cultura de los Cuidados*, 19, 41, pp. 101-105. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46617/1/Cultura-Cuidados_41_12.pdf
- Albarrán Ledezma, A. J. y Macías Terriquez, M. A. (agosto 2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray, *Investigación en Salud*, 2, IX, PP. 118-124. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/142/14290206.pdf>
- Alvarado, R., Oyanedel, X., Aliste, F., Pereira, C., Soto, F. y De la Fuente, M. (diciembre de 2011). Carga de los cuidadores informales de personas con esquizofrenia: un desafío pendiente para la reforma de atención en salud mental, XV, (2), pp. 6-17. Recuperado de: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP11_2_04_art1.pdf
- Arévalo Herrera, D. M. (2014). *Estimulación Múltiple en Adultos Mayores*. México: Lupus Magister.
- Arroyo Rueda, M. C. (diciembre de 2010). El cuidado en la vejez avanzada: Escenarios y temas de violencia estructural de género, *Ibero Fom: Revista de Ciencia Sociales de la Universidad Iberoamericana*, V, 10, PP. 1-21. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2110/211015968002.pdf>
- Ambriz-López, M.C., Villalobos-Arámbula, L. M., Gallegos-Torres, R. M, Xequemoraes, Á. S., Hernández-Castañón, M. A., Palomé-Vega, G. (2014). Perfil del cuidador principal y su relación con el cuidado del personal de enfermería, *Revista de Enfermería de la Institución Mexicana del Seguro Social*, 22, 3, pp. 123-129. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim143b.pdf>
- American Psychological Association (APA, 2016). Guía de resiliencia para padres y maestros. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/guia.aspx>
- American Psychological Association (APA, 2017). El Camino a la Resiliencia. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>

- Báez-Hernández, F. J., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L. & Medina-López, O. M. (agosto de 2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería, *Aquichan*, 9, 2, pp. 124-134. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>
- Baros López, A., Bravo Zepeda, D., Camus Riveros, V., Inostroza Ortega, T., Roblero Vásquez, J., Román Sepúlveda, D., Salazar Zapata, E., Suárez Rojas, R., Tabilo Miranda, C., Varela Loreto, C. y Villanueva Lobos, S. (2016). Taller de Salud Mental: Programa psicoeducativo dirigido a comunidad de Adultos Jubilados de una Institución de gendarmería, *Escuela de Enfermería: Facultad de Medicina*, 27, 1. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bf6Oz0-UTFMJ:publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/14+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx&client=firefox-b-ab>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 3, pp. 125-146. Recuperado de: [http://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf)
- Becoña Iglesias, E. y Oblitas Guadalupe, L. A. (s. a). *Terapia cognitivo conductual: antecedentes técnicas*, pp. 49-70. Recuperado de: http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_03_1_terapia-conitivo-conductual-antecedentes-tecnicas.pdf
- Botero, J. C. y Páez, E. (junio de 2013). Caminos para la resiliencia. La resiliencia y el afrontamiento positivo: conceptos atados, 3, pp. 1-3. Recuperado de: http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/2f56b608-5bdc-44c5-a78a-83298c5f54ea/BoletA%CC%83%C2%ADn+3_Afrontamiento+y+Resiliencia.pdf?MOD=AJPERES
- Builes Correa, M. V, y Bedoya Hernández, M. H. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4, (XXXV), pp. 463-475. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635403.pdf>
- Camacho Valadez, D. (junio de 2016). Propiedades psicométricas de la escala de Resiliencia Mexicana en población del Norte de México, *Enseñanza e*

Investigación en Psicología, 21, 1, pp. 78-83. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/291333180_Propiedades_psicometricas_de_la_escalade_Resiliencia_Mexicana_en_poblacion_del_Norte_de_Mexico

Carrasco, C. (2009). Tiempos y trabajos desde la experiencia femenina, *PAPELES de relaciones ecosociales y cambio global*, 108, pp. 45-54. Recuperado de: http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/tiempos_y_trabajos_Experiencia_femeninas.pdf

Cerquera Córdoba, A. M., y Pabón Poches, D. K. (2015). Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11, 2, pp. 181-192. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/679/67944781001.pdf>

Cerquera Córdoba, A. C. y Pabón Poches, D. K. (2016). Resiliencia y variables asociadas en Cuidadores Informales de pacientes con Alzheimer, *Revista Colombiana*, 25, 1, pp. 33-46. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/44558/61935>

Castanedo Secadas, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México: Manual Moderno. Recuperado de: <https://psicologiaen.files.wordpress.com/2016/06/celedonio-castanedo-seis-enfoques-psicoterapeuticos.pdf>

Connor, K. M., y Davidson, J. R. T. (2003). *Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC)*, *Research article*, 18, pp. 76- 82. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Jonathan_Davidson/publication/10576109_Development_of_a_new_resilience_scale_the_Connor-Davidson_Resilience_Scale_\(CD-RISC\)/links/0deec53062477b0279000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jonathan_Davidson/publication/10576109_Development_of_a_new_resilience_scale_the_Connor-Davidson_Resilience_Scale_(CD-RISC)/links/0deec53062477b0279000000.pdf)

Colom, F. (septiembre 2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, (40), pp. 147-165. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40s1/v40s1a10.pdf>

Compean-González, J. M., Silerio-Vázquez, J., Castillo- Díaz, R. y Parra-Domínguez,

M. L. (2008). Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afectaciones neurológicas, *Revista CONAMED*, 13, 1, pp. 17-21.

Recuperado

de:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tiRbtAvWLhMJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3622293.pdf+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx&client=firefox-b-ab>

Crespo López, M., y López Martínez, J. (2007). El apoyo a cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Como mantener su bienestar”, *Colección de Estudios: Serie Dependencia*, (12006), pp. 1-217.

Recuperado

de:

<http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>

Crespo, M. y Fernández-Lansac, V. (enero de 2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes, *Anales de Psicología*, 31, 1.

Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000100003

Crespo, M., Fernández-Lansac, V. y Soberón, C. (2014). Adaptación Española de la “Escala de resiliencia de Connor-Davidson” (CD-RISC) en situaciones de estrés crónico, *Psicología Conductual*, 22, 2, pp. 219-238. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=11329483&AN=97774225&h=fsHDOoGwBMko6yUvL2M%2fwynQPIJBQR5duvTLC0LC%2buM6CY9TIgX7U8XlwoN%2fkKD2IRDIQow369xWHOX0czmpuQ%3d%3d&crl=f&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authType%3dcrawler%26jrnl%3d11329483%26AN%3d97774225>

Crespo, M. y Fernández- Lansac, V. (enero-abril de 2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes, *Anales de Psicología*, 31, 1, pp.

19-27. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16732936003>

- De Filippis, G. F. (2008). *Desafío de bienestar: viviendo más allá del stress*. Lulu: España. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=6Z6dd3aFzB4C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Di-Collaredo, C., Aparicio Cruz, D. P. y Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento, *Psicología: Avances de la disciplina*, 2, 1, 125 – 156. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x/abstract>
- Domínguez, N. e Ibrahimbegovic, A. (2013). Propuesta de un programa de mejoramiento de resiliencia para una ciudad tipo en la Península de Yucatán, *Ingeniería*, 17, 3, pp. 223-232. Recuperado de: http://www.revista.ingenieria.uady.mx/Vol%2017/propuesta_programa.pdf
- Donabedian, A. (Diciembre, 2005). *Evaluating the quality of medical care*. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83, 4, 691-729. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>
- Elena Flores, M., Fuentes Laguna, H. L., González Pérez, G. J., Vega López, M. G., Flores Meza, I. J. y Valle Barbosa, M. A. (9 y 10 de junio de 2016). Perfil del cuidador primario informal de adulto mayor hospitalizado, *Academia Journals*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/312193780_PERFIL_DEL_CUIDADOR_PRIMARIO_INFORMAL_DE_ADULTO_MAYOR_HOSPITALIZADO
- El país. (12 de abril del 2007). *La ONU advierte a España de que en 35 años tendrá la población más envejecida del mundo: Naciones Unidas*. Recuperado de: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2007/04/12/actualidad/1176328803_850215.html
- Ekman, P. (1972). *Universal and cultural differences in facial expressions of emotion*, en Cole, J. R. (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*, 1972 (Vol. 19, pp. 207-283). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Ellis, A. (1997). Terapia Racional Emotiva, en Navas Robleto, J. J., 1981, (Vol. 13, 1, pp. 75-83). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80513105.pdf>

- Espín Andrade, A. M. (2009). "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia, *Revista Cubana de Salud Pública*, 35, 2. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019
- Fernández- Lansac, V., y Crespo, L. M. (septiembre, 2011). Resiliencia, personalidad resiliente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: Una revisión, *Clínica y salud*, 22 (1), 21-40. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618548002>
- Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de salud, *Suma Psicológica*, 15, 1, pp. 95-113. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604004.pdf>
- Flores Jacóme, L. (junio 15 del 2013). Los ancianos el sector invisible de la sociedad poblana, *Poblanerías.com*: Reporte especial. Recuperado de: <http://www.poblanerias.com/2013/06/adulto-mayor-en-puebla-vive-en-depresion/>
- García, C. (2017). *Cocinando aprendizajes: Dinámicas de Grupo I*. España: Independently.
- García-Calvente, M. del M., Mateo-Rodríguez, I. y Eguiguren, A. P. (agosto de 2004). El sistema informal de cuidadores en clave de desigualdad, *Gaceta Sanitaria*, 18, 4. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400021
- García-Vesga, M. C. y Domínguez-De la Ossa, E. (2012). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11, 1, pp. 63-77. Recuperado de: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/833/402>
- Garnezy, N. (Febrero 1993). *Children in Poverty: Resilience Despite Risk*, *Psychiatry*, (56), doi:<http://dx.doi.org/10.1080/00332747.1993.11024627> Recuperado de: <http://www.bibliocatalogo.buap.mx:6779/doi/abs/10.1080/00332747.1993.11024627>

- Garmezy, N. (Septiembre, 1991). *Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments*. *Pediatric Annals*, 20, 459-466. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1945543>
- Grotberg, E. H. (Julio, 1996). *The International Resilience Project Findings from the Research and the Effectiveness of Interventions*, ERIC, p. 12. Recuperado de: <https://eric.ed.gov/?id=ED419584>
- Grotberg, E. H. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar adversidades*. Gedisa: México. Recuperado de: <http://gedisa-mexico.com/catalogo/psicologia/1135-mundo-hoy.html>
- Grotberg, E.H. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia, en Melillo, A., y Suárez Ojeda, E. N. (comps.), *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 19-30). Buenos Aires: Paidós. Recuperado de: [http://www.bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFP/trabajo/filippi/Trabajo%20Filippi%20Teoricos%20Parte%203/Melillo,%20A.%20&%20Suarez%20Ojeda,%20E.%20N.%20\(Comp.\).%20\(2001\).%20Nuevas%20tendencias%20en%20resiliencia.%20\(19-30\).pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFP/trabajo/filippi/Trabajo%20Filippi%20Teoricos%20Parte%203/Melillo,%20A.%20&%20Suarez%20Ojeda,%20E.%20N.%20(Comp.).%20(2001).%20Nuevas%20tendencias%20en%20resiliencia.%20(19-30).pdf)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación (cuarta edición)*. México: McGrawHill.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE, 2015). *Curso de apoyo para cuidadores de personas envejecidas*. Recuperado de: <http://www.issste.gob.mx/cursocuidadores/>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (24 de marzo ISSTE, 2017). *Curso de Apoyo Para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/issste/acciones-y-programas/curso-de-apoyo-para-cuidadores-informales-de-personas-envejecidas>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2 de diciembre del 2015). *Detección y manejo del Colapso del Cuidador*, México. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/781GER.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2 de diciembre del 2015). *Detección y manejo del Colapso del Cuidador. Evidencias y recomendaciones*, México.

Recuperado de:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-781-15-Colapso_cuidador/781GER.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010). *Salud y seguridad social: Discapacidad en los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado de:
<http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/#tabMCcollapse-Indicadores>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010). *Salud y seguridad social: Discapacidad en Puebla*. Recuperado de:
<http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=21#tabMCcollapse-Indicadores>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014). *Perfil sociodemográfico de adultos mayores*. Recuperado de:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IShnVthNCqkJ:dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3125084.pdf+&cd=7&hl=es&ct=clnk&gl=mx>

Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). (7 de julio del 2016). *“Estadísticas a propósito del... día mundial de la población (11 de julio)”*, pp. 1-10. Recuperado de:
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/poblacion2016_0.pdf

Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud, *Med Interna*, XXXIII, 1, pp. 11-14. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Jun, Y-E., Min, J-A., Shin, A.Y., Han, S. Y., Lee K-U., Kim T-S., Park, J-E., Choi, S-W., Lee, S-H., Choi, K. S., Park, Y. M., Woo, J-M., Bhang, S-Y., Kang, E-H., Kim, W., Yu, J. J. y Chae, J-H. (2012). The Korean Version of the Connor – Davidson Resilience Scale: An Extended Validation, *Stress and Health*, 28, 4, pp. 319-326. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/231214952_The_Korean_Version_of_the_Connor-Davidson_Resilience_Scale_An_Extended_Validation

- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. y Fortecilla, M. (1997). Estado de Arte en Resiliencia. *Organización Mundial de la Salud (OMS): Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer (CEANIM)*. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resil6x9.pdf>
- Luna, L. (S.A). El cuidador: Apoyo psicológico, grupos de apoyo, técnicas de resolución de problemas, *Universidad de Murcia*. Recuperado de: <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/intervencion-cognitiva-y-funcional-en-demencias/material-de-clase-1/el-cuidador.pdf>
- Luthar, S. y Cicchetti, D. (2000). *The construct of resilience: Implications for interventions and social policies*, *Dev Psychopathol*, 12, (4), pp. 857-885. Recuperado: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1903337/>
- López-Casanova, P., Rodríguez-Palma, M. y Herrero-Díaz, M. A. (2009). Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche, *Gerokomos*, 20, 4. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400004
- López Parra, M. S. (2008). Tercera edad y violencia, en Vargas Núñez, B. I., Pozos Gutiérrez, López Parra, M. S. (coordinadores). *Violencia doméstica: ¿Víctimas, victimarios/as o cómplices?*, (pp. 83-96).
- Losada, A., Márquez-González, M. y Peñacoba Puente, C. (junio de 2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar, *Psicología Conductual*, 15, 1, pp. 57-76. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/228347609_Reflexiones_en_torno_a_la_atencion_a_los_cuidadores_informales_de_personas_con_demencia_y_propuesta_de_una_intervencion_interdisciplinar

- Losada-Baltar, A., Fernández de Trocóniz, M. I., Montorio-Cerrato, I., Márquez-González, M. y Pérez-Rojo., M. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia, *Rev Neurol*, 38, 8, pp. 701-708. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13902/eficacia_diferencial_de_dos_intervencion_es.pdf
- Ruelas González, Ma. G., Pelcastre Villafuerte, B. E., Reyes Morales, H., Velasco Jiménez, T., Montes de Oca Zavala, V. y Medina Zarco, L. (2013). Modelo de atención integral en salud para adultos mayores maltratados. Resumen ejecutivo. *Instituto Nacional de Salud Pública*. México: Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social. Recuperado de: http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/mayores_maltrata_dos.pdf
- Masten, A.S., Best, K.M. y Garmezy, N. (1990) 'Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity', *Development and Psychopathology*, 2(4), pp. 425–444.doi: 10.1017/S0954579400005812 Recuperado de: <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/div-classtitleresilience-and-development-contributions-from-the-study-of-children-who-overcome-adversitydiv/9D84A6A2339F9B66E7B0B0D910F841CC>
- Mori Sánchez, Ma. Del P. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria, *Liberabit*, 14 (14). Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100010
- Montiel Castillo, V. E. y Guerra Morales, V. M. (abril-junio de 2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama, *Revista Cubana Salud Pública*, 42, 2. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Muñoz Garrido V., y De Pedro Sotelo, F. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social, *Revista Complutense de Educación*, 16 (1), pp. 107-124. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED0505120107A/16059>
- Organización Internacional de Energía Atómica (boletín, diciembre 2013). *Imaginología y diagnóstico utilización de la imaginología en la lucha contra las enfermedades más mortales del mundo*, 54, (4), pp. 10 – 11. Recuperado de: https://www.iaea.org/sites/default/files/publications/magazines/bulletin/bull54-4/54401211011_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la Salud*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). *Las manos limpias protegen de las infecciones*. Recuperado de: http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/AH1N1_clean_hands/es/
- Ortiz Viveros, G. R., Ortega Herrera, M. E. y Rojas Alcalá, E. G. (2010). Psicología y salud. Los actores del proceso salud-enfermedad: profesionales, pacientes y cuidadores, en Ortiz Viveros, G. R. (Coor.), *Bornout, Personalidad Resistente y Sobrecarga Percibida en cuidadores enfermos dependientes* (pp. 7-46). México: DUCERE.
- ONU-Habitad: por un mejor futuro urbano. (2012). ONU-Habitad al alcance. Recuperado de: <http://es.unhabitat.org/sobre-nosotros/al-alcance/>
- ONU-Habitad: por un mejor futuro urbano. (2012). Resiliencia. Recuperado de: <http://es.unhabitat.org/temas-urbanos/resiliencia/>
- Palomar Lever, J. y Gómez Valdez, N. E. (2010). Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M), *Interdisciplinaria*, 27, (1), pp. 7-22. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/180/18014748002.pdf>
- Pérez, P. (10 de diciembre de 2015). Generará problemas económicos progresivo envejecimiento. *El Sol de Puebla*, p. 11A.

- Payne, R. M. (2005, ed. 4a). *Técnicas de relajación. Guía práctica*. España: Paidotribo.
Recuperado de:
<https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=N2XMMtYpMvUC&oi=fnd&pg=PA7&dq=relajaci%C3%B3n+progresiva+de+jacobson&ots=iR9hlpKgo2&sig=ZBFcbttnZ6tvwM9s8w3JQmbyl-U#v=onepage&q=relajaci%C3%B3n%20progresiva%20de%20jacobson&f=false>
- Ruiz-Robledillo, N. y Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual, *Revista de Motivación y Emoción*, 1, pp. 22-30. Recuperado de:
http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf
- Rutter, M. (1987, Trad. Jitsuya Shijara, N.). Resiliencia Psicosocial y Mecanismos de Protección, *CEDAPP*, pp. 38. Recuperado de: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/areas-y-poblaciones-especificas-de-trabajo/infancia-adolescencia/67-resiliencia-psicosocial-y-mecanismos-de-proteccion/file>
- Real Academia Española. (2017). *Adversidad*. Recuperado de:
<http://dle.rae.es/?id=0scJSYZ>
- Real Academia Española. (2017). *Carga*. Recuperado de:
<http://dle.rae.es/?id=7Wnhao0>
- Real Academia Española. (2017). *Cuidado*. Recuperado de:
<http://dle.rae.es/?id=BblVWJS>
- Real Academia Española. (2017). *Contexto*. Recuperado de:
<http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=contexto>
- Real Academia Española. (2017). *Intervenir*. Recuperado de:
<http://dle.rae.es/?id=LxRmruS>
- Real Academia Española. (2017). *Resiliencia*. Recuperado de:
<http://dle.rae.es/?id=WA5onlw>
- Retter, M. (Julio, 1987). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*, *American Orthopsychiatric Association*, 57, (3), pp. 316-331. Recuperado de:
<http://www.bibliocatalogo.buap.mx:2832/journals/ort/57/3/316.html#cr19-1>

- Rodríguez Acera, G. (2015). Perfil de Salud del cuidador informal en el norte de la isla de Tenerife, *Universidad de la Laguna*. Recuperado de: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2192/PERFIL%20DE%20SALUD%20DEL%20CUIDADOR%20INFORMAL%20EN%20EL%20NORTE%20DE%20LA%20ISLA%20DE%20TENERIFE.pdf?sequence=1>
- Rogero García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. España: Ministerio de Sanidad y política social. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf>
- Salgado Lévano, A. C. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana, *Liberabit*, 11, 11. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100006
- Serrano-Parra, M. D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutierrez, R., Solera-Martínez, M. y Martínez-Vizcaino, V. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores de 60-75 años, *International Journal of Psychological Research*, 5, 2, pp. 49-57. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299025051006.pdf>
- Silva Cornejo, M. (S. A). Psicoeducación en Chile: el encantamiento del cotidiano o la posibilidad de construir y transformar desde la vivencia educativa compartida, *Le Monde diplomatique*. Sección página de inicio. Recuperado de: <https://www.lemondediplomatique.cl/Psicoeducacion-en-Chile-el.html>
- Terán Trillo, M. (diciembre 2009). *El estudio de las redes personales para la implementación de estrategias de atención sociomédica*, 17, 8. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/931/93112847008/>
- The American Psychological Association* (APA, 2017). *El camino a la resiliencia*. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- The Change Foundation*. (2012). *A Profile of Family Caregivers in Ontario*. Recuperado de: <http://www.changefoundation.ca/profile-of-family-caregivers-ontario/>

- Torres Olmedo, A. E. (2003). Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipo, *Universidad de Colima*, tesis para obtener el diploma de especialista en medicina familiar. Recuperado de: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRES_OLMEDO_ANA_EMANUE_LLE.pdf
- Trigás-Ferrín, M., Ferreira-González, L. y Meijide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano, *Galicia Clínica*, 72, 1, pp. 11-16. Recuperado de: <http://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
- University of North Carolina (UNC Health Care, 2013). Respiración diafragmática, (*Diaphragmatic Breathing*), *Patient Education: Side Effect and Symptom Management Series*. Recuperado de: <https://www.unccmedicalcenter.org/app/files/public/201/pdf-medctr-rehab-diaphbreathingspanish.pdf>
- Uriarte Arciniega, J. De. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo, *Revista Psicodinámica*, 10, (2), pp. 61-80. Recuperado de: <http://www.ehu.eus/ojs/index.php/psicodidactica/article/viewFile/190/186>
- Valencia Londoño, P. A. e Hincapié Rojas, S. del P. (2016). Ética del Cuidado: lecciones de las mujeres víctimas de minas antipersonal (MAP), *Opción*, 32, 81, pp. 262-285. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/310/31048807013.pdf>
- Vanistendael, S. (11 y 12 de noviembre de 2005). La resiliencia: desde una inspiración hacia cambios prácticos, *2º Congreso Internacional de los Trastornos del comportamiento en niños y adolescentes*. Recuperado de: <https://www.obelen.es/upload/262D.pdf>
- Velásquez, López, López, Cataño y Muñoz (2011). Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural, *Salud Pública*, 13 (3), pp. 458-469. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n3/v13n3a08.pdf>
- Vélez Álvarez, C. (2011). El cuidado en enfermería perspectiva fenomenológica, *Hacia la Promoción de la Salud*, 16, 2, pp. 175-189. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a13.pdf>

- Werner, E.E. y Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invencible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill. Recuperado: <http://www.urbanministry.org/wiki/vulnerable-invencible-study-resilient-children>
- Xantomila, G. (5 de diciembre de 2015). México, hacia una población ENVEJECIDA. El país no está preparado “culturalmente” para la tranquilidad del adulto mayor, aseguraron expertos. *El Sol de Puebla*, p. 9B.
- Xie, H., Cheng, Ch., Tao, Y., Zhang, J., Robert, D., Jia, J. y Su, Y. (6 de julio de 2016). *Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases*, *Health Qual Life Outcomes*, 14, 99. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4936114/>
- Comelin Fornés, A. del P. (septiembre de 2014). ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes?, *Revista de Ciencias Sociales*, 50, pp. 111-127. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/509/50931716007/>
- Zambrano Cruz, R., y Ceballos Cardona, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI, 1, pp. 26-39. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a05.pdf>

CAPÍTULO VII. Anexos

ANEXOS DE LA SESIÓN 1

Anexo 1. Carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (nombre del participante) _____ confirmo que he sido informado(a) con claridad y veracidad respecto a la investigación en la que la pasante de Psicología: Frida Guadalupe Zempoaltecatl Moreno me ha invitado a participar, por tanto soy conscientemente de que actúo; libre y voluntariamente como asistente al taller “Cuidando al cuidador(a)” realizado en las instalaciones de La Casa del Abue.

Me comprometo a no participar en ningún otro tipo de tratamiento para cuidadores, durante las fechas establecidas para el programa que comprenden en total un mes y medio.

Así también, sé que toda información personal que ofrezca a la pasante de psicología es confidencial y sólo permito el uso de datos sociodemográficos como mí: edad, estado civil, nivel escolar, entre otros propios de la investigación, para fines exclusivamente estadísticos. En ningún momento permitiré el uso de datos personales que me afecten a mí o a mi familia, como: mi nombre, número de teléfono, domicilio, etc. Soy conocedor(a) de la autonomía que poseo para dejar de asistir al taller si es que así lo creo conveniente, sin tener un efecto adverso, y, siempre y cuando avise con anticipación aunque no necesariamente tenga que dar una razón para ello.

Nombre y firma de la investigadora _____

Nombre y firma del asistente _____

Fecha: _____

Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico del cuidador informal. Elaboración personal tomando en cuenta a Katz (citado en Trigás-Ferrín, Ferreira-González y Meijide-Míguez, 2011, p. 12).

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

No. De expediente _____ Fecha de aplicación: _____

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



La información que nos brinde es TOTALMENTE CONFIDENCIAL, de ninguna forma sus datos ni sus respuestas serán revelados a terceras personas, ni los resultados permitirán su identificación. Por favor conteste todas las preguntas.

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA PERSONA QUE CUIDA

Escriba su respuesta en los espacios en blanco o marque con una “X” donde corresponda

1. Nombre completo: _____ 2. Teléfono/ Celular _____ 3. Dirección _____ 4. Sexo: Hombre () Mujer ()
 5. Nacionalidad: Mexicano () Extranjero () 6. Edad _____ 7. Estado civil _____ 8. Ocupación _____ 9. Escolaridad _____ 10. Enfermedad/es diagnosticada/s _____
 11. Toma medicamentos Sí () No () 12. Fuma/bebe/consume alguna droga: Sí () No () 13. Conocimientos sobre enfermería/medicina/etc.: Sí () No () 14. Recibe atención psicológica/emocional profesional: Sí () No () 15. Parentesco o relación con el adulto/a mayor _____
 16. Tiempo que lleva cuidando al adulto/a mayor (meses/años) _____ 17. Número de personas que le apoyan a cuidar a su adulto/a mayor _____

2. DATOS SOBRE LA PERSONA QUE CUIDA Y EL CUIDADO

Instrucciones: Tache con una “X” las actividades y otros aspectos de *su vida* que se afectaron a causa del cuidado que da.

| | | Tache aquí |
|---------------------------|--|------------|
| Actividades | 1. Sueño | |
| | 2. Preparación de la comida | |
| | 3. Tiempo de recreación (salir a pasear/despejarse/divertirse, etc.) | |
| | 4. Labores del hogar | |
| Otros aspectos de su vida | 5. Salud | |
| | 6. Privacidad | |
| | 7. Vida social (amistades / familia / etc.) | |
| | 8. Actitud y / o emociones | |
| | 9. Control de su vida | |
| | 10. Tranquilidad | |

Total de afectaciones (esto lo hace la psicóloga): _____

De los siguientes temas cuáles de su interés para ver en este curso de cuidados para usted y para cuidados del adulto/a mayor. Tache cuantos considere necesarios.
 Conocimientos psicológicos y emocionales:

- Técnicas para el manejo de problemas personales y familiares ()
- Técnicas de comunicación ()
- Técnicas para mejorar el apoyo social y/o familiar ()
- Técnicas de relajación ()
- Técnicas para el manejo de estrés ()
- Estrategias de afrontamiento ()
- Técnicas para fortalecer la confianza en sí mismo/a ()
- Técnicas para poner límites personales ()
- Conocimiento sobre mitos y realidades en la adultez mayor()

Conocimientos técnicos para el cuidado de una persona:

- Técnicas para el uso y planificación de tiempo ()
- Procedimiento para bañar a una persona en cama ()
- Tips generales sobre alimentación, aseo, adecuación de espacios y de prevención para cuidar mejor ()
- Técnica para el cuidado de pies ()
- Técnica para cambiar de postura a una persona en cama ()
- Lectura de envolturas (para personas que mantienen dieta médica) ()
- Directorio de profesionales para el apoyo del cuidador/a()
- Otro/s conocimientos que le gustaría aprender en este curso _____

Sus respuestas y las de los/as demás asistentes serán tomadas en cuenta para llevar a cabo el curso. Gracias.

3. DATOS SOBRE LA PERSONA CUIDADA

Por favor escriba sobre la línea lo que se pide.

Edad del adulto/a mayor _____

Si conoce de alguna/as enfermedad/es o padecimientos diagnosticados por un profesional al adulto/a mayor que cuida escribalas _____

Para esta parte se le preguntará sobre la ayuda que necesita la o el adulto mayor que cuida, tache con una "X" un SÍ o un NO según considere.

1. La o el adulto mayor recibe ayuda en el aseo en más de una parte de su cuerpo para entrar o salir de bañarse.
 Sí () No ()
2. La o el adulto mayor recibe ayuda para tomar la ropa y ponérsela o permanece vestido sólo en parte
 Sí () No ()
3. La o el adulto mayor recibe ayuda para ir al baño, limpiarse, acomodarse la ropa o para usar una bacinica por la noche.
 Sí () No ()
4. La o el adulto mayor ya no se levanta de la cama.
 Sí () No ()
5. La o el adulto mayor se orina sin querer de vez en cuando.
 Sí () No ()
6. La o el adulto mayor necesita supervisión. Usa sonda vesical o se orina sin querer.
 Sí () No ()
7. La o el adulto mayor necesita ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos.
 Sí () No ()

A continuación cuente cuántos "Sí" tachó y escriba el número en la línea _____

¡MUCHAS GRACIAS! ¡SU PARTICIPACIÓN ES IMPORTANTE!

Anexo 3. Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010).

ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

Número de expediente ____ Fecha de aplicación ____ Nombre completo: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

| Ítem | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|---------------|------------|-----------------------|
| | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| 1. Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos. | | | | |
| 2. Sé dónde buscar ayuda. | | | | |
| 3. Soy una persona fuerte. | | | | |
| 4. Sé muy bien lo que quiero. | | | | |
| 5. Tengo el control de mi vida. | | | | |
| 6. Me gustan los retos. | | | | |
| 7. Me esfuerzo por alcanzar mis metas. | | | | |
| 8. Estoy orgulloso de mis logros. | | | | |
| 9. Sé que tengo habilidades. | | | | |
| 10. Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles. | | | | |
| 11. Creo que voy a tener éxito. | | | | |
| 12. Sé cómo lograr mis objetivos. | | | | |
| 13. Pase lo que pase siempre encontraré una solución. | | | | |
| 14. Mi futuro pinta bien. | | | | |
| 15. Sé que puedo resolver mis problemas personales. | | | | |
| 16. Estoy satisfecho conmigo mismo. | | | | |
| 17. Tengo planes realistas a futuro. | | | | |
| 18. Confío en mis decisiones. | | | | |
| 19. Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores. | | | | |
| 20. Me siento cómodo con otras personas. | | | | |
| 21. Me es fácil establecer contacto con nuevas personas. | | | | |
| 22. Me es fácil hacer nuevos amigos. | | | | |
| 23. Es fácil para mí tener un buen tema de conversación. | | | | |
| 24. Fácilmente me adapto a situaciones nuevas. | | | | |
| 25. Es fácil para mí hacer reír a otras personas. | | | | |
| 26. Disfruto de estar con otras personas. | | | | |
| 27. Sé cómo comenzar una conversación. | | | | |
| 28. Tengo una buena relación con mi familia. | | | | |
| 29. Disfruto de estar con mi familia. | | | | |
| 30. En nuestra familia somos leales entre nosotros. | | | | |
| 31. En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos. | | | | |
| 32. Aún en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro. | | | | |
| 33. En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida. | | | | |
| 34. Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí. | | | | |
| 35. Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan. | | | | |
| 36. Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito. | | | | |
| 37. Tengo algunos amigos / familiares que me alientan. | | | | |
| 38. Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades. | | | | |
| 39. Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil. | | | | |
| 40. Mantengo mi rutina aún en momentos difíciles. | | | | |
| 41. Prefiero planear mis actividades. | | | | |
| 42. Trabajo mejor cuando tengo metas. | | | | |
| 43. Soy bueno para organizar mi tiempo. | | | | |

Anexo 4. Formato de lista de asistencia

| | | Lista de asistencia | | | | | | | | | | | |
|----|-----------------|---------------------------------------|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|--|
| No | Nombre completo | Contacto (Teléfono/celular/correo) | Firma de asistencia | | | | | | | | | | |
| | | | 1 S | 2 S | 3 S | 4 S | 5 S | 6 S | 7 S | 8 S | 9 S | 10 S | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |

Anexo 5. Técnica rompe hielo (Acevedo Ibáñez, 1987, p. 93).

1. Cada grupo comenta los temores y expectativas de sus miembros al llegar al curso, durante 10 min.
2. Se escoge a una persona de cada grupo para que sea entrevistada públicamente, profundizando en los temores aún no verbalizados.
3. El interlocutor puede ser entrevistado por algún voluntario.
4. Finalmente se comenta el ejercicio.

Anexo 6. Identificación de los participantes

1. Pedir a los participantes tomen un pegote, escriban su nombre y se lo peguen en un lugar visible.

Anexo 7. Código de convivencia

1. Previamente se pega un papel bon. 2. Se solicita a los participantes decir que normas consideran importantes para poder convivir. 3. Reflexionar y escribir las normas que fueron más solicitadas por el grupo.

Anexo 8. Lectura: “El manzano y la estrella” (Arévalo Herrera, 2014, pp. 80-81).

Hace mucho tiempo, de un enorme manzano cayó al suelo una manzana. Al chocar contra el suelo, la manzana se abrió en dos y de ella salió una semilla que al hacer contacto con la tierra comenzó a germinar. La lluvia y El sol, pronto hicieron que la semilla creciera y que pudiera abrir sus ojos. La semillita miró a todos lados y después de un rato comenzó a llorar desconsolada. Un gusano que pasaba por allí, le preguntó sorprendido: “¿Por qué lloras?”- “Lloro porque no puedo ver las estrellas aquí enterrada como estoy. ¡Ay de mí, qué desgraciada soy!” – Decía la semillita- “[¡Espera!]”-le dijo el gusano- ¿no ves que aún estás muy chiquita? Pronto crecerás y vas a emerger de la tierra y podrás ver.”

Pasó el tiempo y la semilla creció y salió de la tierra convertida en un pequeño Manzanito. Maravillado el Manzanito veía para todos lados. Muchos manzanos adultos lo rodeaban y al verse tan pequeño, el Manzanito comenzó a llorar, tan fuerte, que una mariposa que pasaba por allí le preguntó sorprendida: “¿Por qué lloras tanto Manzanito?” “-Lloro porque no logro ver las estrellas, todos estos árboles, tan grandes, me tapan y no alcanzo a verlas”-le contestó el Manzanito-. La mariposa, tratando de consolarlo le dijo: “-¿No ves que aún estás muy pequeño? Aún te falta crecer y éstos árboles no podrán taparte más; no te preocupes.” El Manzanito siguió creciendo, pero todavía no podía ver las estrellas, había manzanos mucho mayores que él y, por esto, continuaba llorando y llorando. Un pajarito que volaba cerca le preguntó por qué lloraba y el Manzanito le contestó de la misma forma que lo había hecho antes: “-Lloro porque los demás manzanos no me dejan ver las estrellas.” “Espérate-Le dijo el pajarito- que aún te falta crecer más, muy pronto las verás.” Pasó el tiempo y el Manzanito creció hasta convertirse en un árbol grande y frondoso, lleno de hermosas manzanas, sin embargo continuaba sin poder ver las estrellas y seguía lamentándose. Lloraba y lloraba todo el tiempo. Entonces el gran Manzano que estaba a su lado, y del cual había nacido el Manzanito, le dijo: “-¡Deja de lamentarte! No ves las estrellas porque no sabes hacerlo. No ves las estrellas porque no has sabido buscar.” “¡Mira!” – le dijo, y tocó ligeramente una de sus ramas tirando una manzana, muy roja, que se partió a la mitad al llegar al suelo – “¡Mira!” – Volvió a repetir el gran Manzano y le señaló la manzana partida-. “-Observa bien, ¿qué puedes ver?...”

2. Al llegar a este punto pídale a la persona que tome su manzana y haga un corte coronario (si no puede mover las manos usted haga el corte o apóyele a hacerlo) y descubran la estrella al interior de la manzana, termine diciendo:
“¿Puedes ver la Estrella? ¿Te das cuenta que esa Estrella siempre ha estado contigo? Las más bellas Estrellas son las que están en nuestro interior”
3. Posteriormente comenten que les pareció el cuento y no repriman cualquier sentimiento que pudiera surgir –escuche con atención-. Comenten qué piensan, ¿el manzano les recuerda a alguien?, ¿qué necesita para darse cuenta de lo bueno que tiene dentro de sí?, etc.
4. Coman juntos su parte de la manzana y compartan un momento agradable.

Anexo 9. Derechos del cuidador informal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 2015):

- Recibir capacitación y orientación para el desempeño de sus actividades de cuidado
- Conocer la importancia del autocuidado y a desarrollar habilidades para lograrlo
- Recibir atención para el mantenimiento de su salud física, mental y social
- Mantener una vida propia. Los y las cuidadoras no deben vivir para otros o por otros
- Manifestar sus sentimientos, sean de alegría, de tristeza, de enojo, de ira o enfado por estar perdiendo o ver enfermo a un ser querido
- Recibir ayuda instrumental, material, emocional y de información por parte de otros familiares, de la comunidad y de las instituciones
- Ser tratados con dignidad y respeto
- No padecer abusos ni explotación por parte de otros familiares
- A decir “no” ante demandas poco realistas.
- A cometer errores y ser disculpados por ello.
- A recibir consideración, afecto, perdón y aceptación por lo que hacen por la persona querida a quien cuidan.
- Ser reconocidos como parte importante del equipo de salud y como miembros valiosos de la sociedad y de la familia.
- Formar o participar en grupos de ayuda mutua.

ANEXOS DE LA SESIÓN 2

Anexo 10. Identificación de emociones (iniciales y finales). Elaboración propia tomando en cuenta a Ekman (1972).

A) Pegar un papel bon que contenga las siguientes indicaciones:

1. Escriba su nombre en la línea de la ficha de registro de emociones. Como en este ejemplo.
Nombre: Tiburcio
2. Escriba una de las seis emociones básicas al momento de iniciar el curso en la línea que está a un lado de la frase “Emoción inicial”, como en el ejemplo:
Emociones básicas: 1. Alegría, 2. Disgusto o asco, 3. Enojo o ira, 4. Miedo, 5. Sorpresa o asombro y 6. Tristeza.
Emoción inicial: Miedo
3. Del 1 al 10, donde 1 es “Muy, muy poco” y 10 “Mucho, mucho”, califique su emoción y encierre el número en un círculo, tal y como se muestra en el ejemplo:
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
4. Antes de retirarse repita los pasos “2” y “3”, empezando por llenar la línea que está a un lado de la frase “Emoción final”, como en el ejemplo:
Emoción final: Sorpresa
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
5. Entregue su papel al facilitador.

B) Llenar la Ficha para registro de emociones.

| Ficha para el registro de emociones | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre: | _____ |
| Emoción inicial: | _____ |
| | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 |
| Emoción final: | _____ |
| | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 |

Anexo 11. Mitos y realidades sobre la adultez mayor

1. Previamente tener preparadas tarjetas de colores que tengan escrito un mito o una realidad (la información es tomada del Anexo 12) de se puede acompañar de imágenes o dibujos). También se debe preparar dos papel bon pegados a la pared, que tengan las leyendas “Mitos de la adultez mayor” y “Realidades de la adultez mayor”
2. Solicitar a los participantes que se conformen en dos equipos, y se les entregará una cantidad determinada de tarjetas a cada equipo.

3. Tendrán 10 min para discutir sobre cuales son mitos y cuales son realidades de la adultez mayor.
4. Cuando se dé la orden pasará un representante de cada equipo a pegar las tarjetas en el papel bon al que crean que corresponden.
5. Se indican cuáles son mitos y realidades en torno a la ciencia, gana el equipo que haya acertado en más mitos y realidades.

Anexo 12. Definición de adultez mayor y tipos de envejecimiento (López Parra, 2008; Arévalo Herrera, 2014; Torres Olmedo, 2003).

| ¿Qué es el envejecimiento? | ¿Qué es la adultez mayor? |
|---|--|
| <p>Lifshitz y Estada (citados por López Parra, 2006) dicen del envejecimiento: “desde el nacimiento se empiezan a acumular lípidos en las arterias, y hacia los 25 empieza la muerte neuronal [por tanto] el envejecimiento es progresivo e inexorable” (p. 85), una postura más que lo confirma es la de Arévalo Herrera (2014) al mencionar que existen “cambios de manera lenta, gradual y progresiva y <u>permanente a todas las edades</u>. En este proceso son inherentes las modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre las personas” (p. 22).</p> <p>*El envejecimiento <u>va a variar</u> de acuerdo a: 1) factores genéticos, 2) componentes físicos y químicos del ambiente, 3) Factores biológicos como la nutrición, las enfermedades y los hábitos de salud, 4) Factores socioeconómicos como la vida urbana o rural, la condición de casado o soltero, las condiciones de habitación, trabajo, tensiones, etcétera. (Creag citado por Arévalo Herrera, 2014).</p> | <p>De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) son todas aquellas personas que “tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados” (Torres Olmedo, 2003, p.4).</p> <p>*La forma de entender la adultez mayor va a variar según la cultura, la sociedad, las experiencias personales y familiares respecto a la adultez mayor.</p> |

Tipos de envejecimiento (Pérez Díaz, 2013 y Torrado Ramos, A., s. a)

| Normal | Patológico | Óptimo |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> *Enfermedades diagnosticadas y controladas. *Declive intelectual leve o ausente. *Buen afrontamiento al estrés. *Autovaloración positiva. *Optimismo. *Sustitución o evolución de roles. *Apoyo social. *Discrepancias intergeneracionales no conflictivas. | <ul style="list-style-type: none"> *Enfermedades descompensadas. *Deterioro cognitivo. *Mal afrontamiento al estrés. *Autovaloración negativa. *Pesimismo. *Falta de apoyo social. *Dependencia. *Aislamiento. *Conflicto intergeneracional. | <ul style="list-style-type: none"> *Envejecimiento normal. *Elaboración de metas mediatas y proyectos futuros. *Participación activa en escenarios sociales (laborales, educativos, comunitarios). *Buenas relaciones sociales (familiares y coetáneos). *Sentido de la vida desarrollador en el plano personal y social. |

Anexo 13. Signos y síntomas de alarma en un adulto mayor (ISSSTE, 2015).

Existen algunos signos y síntomas de alarma que nos ponen sobre aviso de que la vida del enfermo está en peligro. Por ello, es importante que quien está al cuidado del enfermo los conozca y detecte de forma eficaz y oportuna, para evitar complicaciones que podrán ser irremediables.

Deberán acudir al servicio de salud de manera inmediata cuando haya:

| | |
|--|--|
| <p>Un aumento repentino en la presión arterial, el pulso, la respiración o la temperatura.</p> <p>Un aumento por arriba de 160mg o abajo de 60mg de la glucosa en la sangre</p> <p>Piel fría, pálida y húmeda.</p> <p>Coloración azul en labios, manos, uñas o en todo el cuerpo.</p> <p>Dolor intenso en el pecho.</p> <p>Dolor intenso o calambres en brazo izquierdo.</p> <p>Palpitaciones y pulso rápido y débil.</p> <p>Dificultad para respirar.</p> <p>Sangrado por nariz, boca, en orina o excremento.</p> <p>Ganas de vomitar durante períodos prolongados.</p> <p>Dolor de cabeza frecuente e intenso.</p> <p>Presencia de convulsiones (movimientos del cuerpo involuntarios).</p> <p>No orinar y/o no evacuar en varios días y sin causa aparente.</p> | <p>Vista borrosa.</p> <p>Mareos y sensación de vértigo.</p> <p>Palabras o frases sin sentido o estado de confusión.</p> <p>Ver o escuchar cosas que no existen.</p> <p>Adormecimiento u hormigueo en pies y manos.</p> <p>Parálisis en alguna parte del cuerpo.</p> <p>Pérdida del habla.</p> <p>Ansiedad o angustia.</p> <p>No despierta o no se mueve.</p> <p>Vómito continuo.</p> <p>Vómito con sangre o con aspecto de café molido.</p> <p>Diarrea continua.</p> |
|--|--|

Anexo 14. Recomendaciones para administrar medicamentos (ISSSTE, 2015):

- *Los medicamentos siempre deben tomarse bajo indicación del médico tratante.
- *Ten clara la vía de administración y dosis del medicamento. Revisa la receta cuantas veces sea necesario. Si tienes duda, consulta al médico.
- *Revisa siempre la fecha de caducidad del medicamento (que no esté vencido).
- *No administres medicamentos con el estómago vacío, pues se puede ocasionar irritación en el estómago. A menos que así lo indique el médico. En el caso de medicamentos para *la tiroides estos deben de ser en ayunas ingeridos solamente con agua y comer en un lapso después de una hora aproximadamente para que realicen el efecto que deben tener.
- *Los medicamentos nunca deben suspenderse por cuenta propia.
- *No combines varios medicamentos en una sola toma, podrían interactuar y alterar su efecto.
- *Si la persona frágil tiene problemas para pasar los alimentos, puedes moler las tabletas. Recuerda que en el caso de las cápsulas NUNCA se debe quitar la capa de plástico porque puede irritar la mucosa del estómago o perder su efecto.
- *No administres medicamentos por más del tiempo indicado, ya que puede producir efectos tóxicos que causan daño al organismo.
- *Nunca se deben administrar medicamentos, tés, complementos o sustancias recomendadas por familiares, vecinos o amigos, ya que podrían causar daño al organismo.
- *Vigila las reacciones a los medicamentos. Si observas algún dato raro que pueda indicar que el medicamento está provocando algún daño, avisa inmediatamente al médico.
- *Evita el consumo de bebidas alcohólicas o irritantes, así como alimentos grasosos.
- *Evita administrar remedios caseros, a menos de que el médico tratante los apruebe.
- *Cuando existen problemas mentales, es importante mantener los medicamentos fuera del alcance de la persona frágil.
- *Mantén los medicamentos en un lugar fresco y seco.
- *Conserva siempre las recetas y frascos originales de los medicamentos, para evitar equivocaciones.
- *Conserva las recetas anteriores y muéstralas al médico en la próxima visita.

Anexo 15. Técnica de lavado de manos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017).

¿Sabía qué? De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), el lavado de manos debe durar al menos 40 o 60 segundos.

Anexo 16. Técnica de respiración diafragmática (University of North Carolina, UNC Health Care, 2013, párr. 1-8).

La respiración diafragmática es un tipo de respiración relajante que usa el diafragma. El diafragma es el músculo que se encuentra debajo de las costillas y arriba del estómago. Con este tipo de respiración, el diafragma ocasiona que el estómago, en vez del pecho, suba y baje. Cuando los pulmones se llenan de aire el diafragma presiona hacia abajo y el estómago sube (se mueve hacia adelante). Cuando los pulmones se vacían de aire el diafragma vuelve a subir el estómago baja (se vuelve hacia adentro). El resultado es una respiración lenta, uniforme y profunda.

Beneficios de la respiración diafragmática:

- *Reduce el dolor
- *Reduce la tensión muscular
- *Ayuda con el ritmo cardíaco
- *Reduce el estrés
- *Reduce la ansiedad
- *Hace que la respiración sea más lenta

Cómo respirar con el diafragma

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

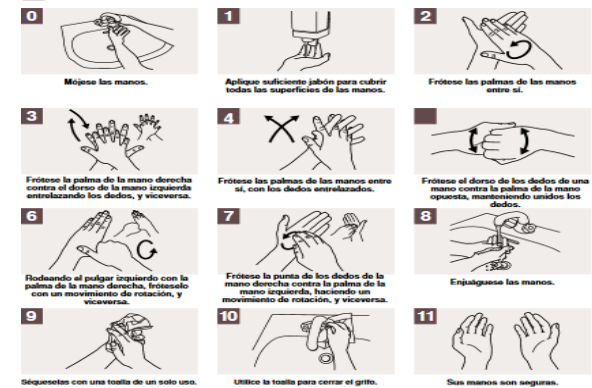
Consejos útiles:

- *Concéntrate en la exhalación para mayor relajación.
- *Use un reloj con segundero para llevar cuenta de su respiración.
- *Nunca aguante la respiración ni jadee buscando aire.
- *Se siente mareado o se va a desmayar, regrese a su patrón normal de respiración.

¿Cómo lavarse las manos?

¡LÁVESE LAS MANOS SI ESTÁN VISIBILMENTE SUCIAS!
DE LO CONTRARIO, USE UN PRODUCTO DESINFECTANTE DE LAS MANOS

⌚ Duración del lavado: entre 40 y 60 segundos



Mayo 2009

ANEXOS DE LA SESIÓN 3

Anexo 17. Cronograma de actividades

Indicaciones: Realice un cronograma siguiendo las siguientes indicaciones:

1. Divida en secciones una hoja blanca o una hoja de su libreta. Similar a la siguiente imagen. Como ve en una columna pondrá los días de la semana y en la otra los horarios desde que usted se levanta hasta que duerme.

| | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|----------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| 7:00 am | | | | | | | |
| 8:00 am | | | | | | | |
| ... | | | | | | | |
| 11:00 pm | | | | | | | |

2. Rellene los espacios con las actividades que identificó debe de realizar. Incluya también las actividades en las que solicitará apoyo para que alguien más las realice.
3. Revisión por parejas sobre la estructura del cronograma.

Anexo 18. Tipos de cuidado. Elaboración propia tomando en cuenta al ISSTE (2015).

Cuidado informal: es el cuidado que suelen dar familiares, amigos, vecinos, etc., a la persona que lo necesita sin tener conocimientos.

Cuidado profesional: es el cuidado que brindan profesionales que estudiaron para darlo, por ejemplo: enfermeros/as, médicos, gericultistas, psicólogos, etc.

Algunas repercusiones del cuidado cuando se realiza durante mucho tiempo (Zambrano Cruz y Ceballos Cardona, 2007, pp. 27, 28, 33 y 34).

- Síndrome del cuidador: Lo presenta la persona "con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación" (Zambrano Cruz y Ceballos Cardona, 2007, p. 27-28). Para Zambrano Cruz y Caballos Cardona (2007) el síndrome del cuidador se presenta cuando existe (p.33 - 34):
- Irritabilidad. Aislamiento.
- Reacción exagerada a las críticas.
- Dificultad en las relaciones interpersonales.
- Sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo.
- Resentimiento hacia la persona que cuida.
- Pensamientos de suicidio o de abandono.
- Sensación de cansancio.
- Pérdida de interés.
- Dificultad para concentrarse y alteraciones de la memoria.
- Trastornos del patrón del sueño.
- Altos niveles de ansiedad.
- Frecuentes dolores de cabeza o de espalda.
- Pérdida de energía.

Anexo 19. Actividades relajantes utilizando los órganos de los sentidos para manejo del estrés (adaptación de Mckay, Wood, Brantley, 2007).

| Sentido | Actividades relajantes sugeridas |
|----------|---|
| Olfato | -Quema velas aromáticas o incienso en zonas del hogar. -Usar algún perfume de tu agrado. -Ve a la tienda y consigue tarjetas con muestras de perfume e introdúcelas en tu cartera o bolsa. -Procura lugares donde el olor te agrade (panaderías, mercado municipal o florerías). |
| Audición | - Escucha música que te agrade. -Escucha un audiolibro o alguna en la radio. -Escucha un programa interesante en la televisión. -Abre la ventana y escucha el rumor del tráfico o los sonidos de tu casa. |

| | |
|--------|--|
| Gusto | -Disfruta tu comida favorita, concéntrate en el sabor de la misma. -Come nieve, chocolate o algo que te haga sentir bien. -Bebe un té, café o chocolate, trata de beberlo de manera lenta y pausada. |
| Tacto | -Toca un objeto aterciopelado. -Cuando tomes una ducha procura sentir la temperatura del agua al recorrer tu cuerpo. -Disfruta un masaje. -Realiza un masaje a tus pies. |
| Visión | -Ve revistas o libros de viaje y fotografía. -Encuentra un lugar con paisajes que te resulten agradables. -Visita un museo. -Ve a una librería y hojea libros y revistas. -Dibuja una imagen o una pintura que te sea agradable. |

Anexos de la sesión 4

Anexo 20. Definición de los factores de resiliencia de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010).

| Factor | Definición |
|---|---|
| 1. Fortaleza y confianza en sí mismo | Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) concluyen que los ítems de este factor hacen referencia a la "claridad que los individuos tienen sobre sus objetivos, al esfuerzo que hacen por alcanzar sus metas, a la confianza que tienen de que van a tener éxito y al optimismo, fortaleza y tenacidad con la que enfrentan sus retos." (p. 14). Los reactivos que conformaron este factor se componen de de cuatro factores distintos pertenecientes a las escalas de <i>The Connor- Davidson Resilience Scale</i> (CD-RISC) de 1999 y <i>The Resilience Scale for Adults</i> (RSA) de 2001. Respecto al primero, Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) ubican los siguientes reactivos: 1) Competencia personal, altos estándares y tenacidad; 2) Control y 3) Relaciones seguras y aceptación positiva al cambio. Mientras que del segundo instrumento sólo se nombra la competencia personal. |
| 2. Competencia social | Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) consideran que es la: Capacidad o habilidad del sujeto para interactuar exitosamente con su ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus necesidades, al ejercer determinada influencia sobre sus semejantes (en el sentido de ser tomado en cuenta), es una cualidad muy relacionada con la salud, el ajuste emocional y el bienestar de los individuos. (p. 11). |
| 3. Apoyo familiar | Para Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) "se refiere al tiempo que comparten los miembros de la familia, la lealtad que existe entre ellos y la fortaleza de los lazos familiares." (p. 11-12). |
| 4. Apoyo social | Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) señalan que "está referido a los vínculos existentes entre el sujeto y un conjunto definido de personas, con las cuales es factible el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza." (p. 12). |
| 5. Estructura personal | Para Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) "se entiende como las reglas y las actividades que llevan a cabo las personas y que les facilitan tener organización y orden en su vida." (p. 12). |

Anexo 21. Definición de qué es una técnica cognitiva conductual (Rose, 1996; Becoña Iglesias y Oblitas Guadalupe, s.a).

Las técnicas cognitivo conductuales se enfocan en el cambio de pensamiento y la conducta. Entre sus principales exponentes están: "Albert Ellis, Aaron T. Beck, Meichenbaum y D'Zurilla" (citados en Becoña Iglesias y Oblitas Guadalupe, s. a, p. 49). Su uso en grupo permite "la posibilidad de aprender o perfeccionar la habilidad de administrar refuerzos a otras personas en situaciones socio-interaccionales con la esposa, familia, grupo de amigos y trabajo" (Rose, 1996, p. 225).

Anexo 22. Collage "Mi resiliencia".

1. Pedir que se conformen de dos a tres o más equipos, para ello se solicita se enumeren del 1 al 3 y posteriormente se junten unos con unos, dos con dos etc.
2. Pedir a los participantes que piensen en tres momentos difíciles de su vida que pasaron y han solucionado.
3. Elegir un problema para trabajar en la sesión y que puedan compartir después con los demás.
4. Proveer de hojas, recortes, tijeras, plumones y pegamento. Doblar en dos partes la hoja (los que llevan su libreta pedir que lo hagan en dos hojas consecutivas): en la primera parte irá el problema en la segunda la solución. Pedir que hagan un collage que hable de ese problema y su solución con imágenes de la manera más creativa que se las ingenien. Ponerle su nombre completo. Exponer su collage de manera voluntaria a sus compañeros. Y reflexionar: ¿Cómo percibía su problema antes de solucionarlo?, ¿qué poder tenía sobre usted el problema?, ¿cuánto tiempo ocupaba de su vida?, ¿Qué aprendió de eso?, ¿Qué creencias le detienen y cuáles le impulsan?, etc.

Anexo23.Creencias irracionales (Ellis citado en Navas Robleto, 1981, pp. 78-82).

Indicaciones: A continuación tiene una lista de creencias, se le solicita que subraye aquellas que cree que posee.

- 1) Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno
- 2) Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga
- 3) Las personas que no actúan como "deberían" son viles, malvadas e infames y deberían ser castigadas por su maldad
- 4) Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría
- 5) La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas, y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones
- 6) Si algo es, o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra
- 7) Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente
- 8) Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar
- 9) Lo que me ocurrió en el pasado, seguiría afectándome siempre
- 10) Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás
- 11) Existe una solución perfecta para cada problema y si no la hallamos sería catastrófico.

Conteste: 1. ¿Me sirve de algo pensar así?, ¿por qué?, 2. ¿Pensar así me ayuda a alcanzar los objetivos?, 3. ¿Existe otra manera de pensar o actuar ante esta situación?

ANEXOS DE LA SESIÓN 5

Anexo 24. Resolución de problemas o conductas problemáticas (Adaptación de López y Crespo, 2008).

| Diario ABC de pensamientos para la identificación de ideas que producen emociones negativas | |
|---|---|
| Antecedente (A) | Es la situación que da lugar a las emociones y a los pensamientos. Ejemplo: Se le ofrece al paciente la comida que había solicitado, pero al darle la misma éste la rechaza. |
| Pensamiento (B) | Son ideas que surgen al vivir la situación. Pensamiento habitual: "¿Quién lo entiende?", "Si no come probablemente se va a morir de hambre" Pensamiento alterno sugerido: "Probablemente no tenga hambre", "No morirá porque no coma ésta ocasión", "Intentaré ofrecer otros alimentos" |
| Emoción | Son los sentimientos que surgen por la situación y los pensamientos. Emoción habitual: Tristeza, ansiedad, preocupación, enojo, frustración, otros. Emoción sugerida: Aceptación y ausencia de emociones negativas. |
| Conducta (C) | Son las acciones producto de lo que se piensa y siente. Conducta habitual: Retirar la comida de la mesa y gritar al paciente "¿Quién te entiende?" Conducta sugerida: Retirar la comida y ofrezco otro alimento u ofrezco más tarde el alimento. |

Anexo 25. Ejemplo de esquema para solución de problemas (Adaptación de López y Crespo, 2008, pp. 71-79).

| Definición del problema | Posibles alternativas de solución | Valoración de soluciones | | ¿Cuál es la más adecuada? |
|--|---|---|---|---|
| | | Ventajas | Desventajas | |
| No tengo tiempo para comprar los regalos | 1. Decir a mi esposo que se quede con mi mamá | 1.1 Si está en casa no habrá inconveniente para cuidarla 1.2 Yo me quedo tranquila | 1.1 No siempre tiene el mismo horario | Pedir a mi hijo que se quede con mi madre |
| | 2. Pedir a mis hijas que se queden con ella | 2.1 Se organizarán entre ellas | 2.1 Tienen otras muchas cosas que hacer | |
| | 3. pedir a mi hijo que se quede con ella | 3.1 Lo haría igual de bien que mis hijas 3.2 Está de vacaciones | 3.1 Estudia y trabaja | |
| | 4. Comprar cuando yo venga de trabajar | 4.1 No tendría que pedírselo a nadie | 4.1 No tengo ganas | |

Tarea: Siguiendo el ejemplo anterior completa el cuadro con algún problema que ocurre cuando cuidas

| Definición del problema | Posibles alternativas de solución | Valoración de soluciones | | ¿Cuál es la más adecuada? |
|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------|
| | | Ventajas | Desventajas | |
| | | | | |
| | | | | |

Anexo26. Baño de esponja en cama (ISSSTE, 2015).

Es muy recomendable para los enfermos que se encuentran en cama en reposo absoluto, o en los que por su enfermedad se encuentran incapacitados para realizar su aseo personal, ya que además de ser saludable siempre resulta muy relajante y estimulante para el paciente. El baño de esponja en cama estimula la circulación por medio del masaje y movimiento; proporciona bienestar, descanso e induce el sueño. Se le debe realizar al paciente mínimo cada tercer día. Recomendaciones para el baño de esponja en cama:

- Evite corrientes de aire (Cierre puertas y/o ventanas).
- Ofrezca el cómodo u orinal antes de iniciar el baño.
- Mantenga la temperatura entre 40 y 42 grados centígrados a tolerancia del paciente.
- Cambie el agua en cada región y cuantas veces sea necesario.
- Coloque cerca de usted todos los utensilios personales del paciente: jabón, esponja, toallas de fricción, toallas para el secado, peine, crema hidratante, loción, rastrillo (según sea el caso), ropa para el paciente y ropa de cama, cubeta, lavamanos y un hule para evitar que se moje la cama.
- Reúna el equipo necesario, explique el procedimiento al paciente y pida su colaboración. Respete su privacidad.
- Retire la ropa de cama. Coloque al paciente hacia el borde de la cama (solicite ayuda si es necesario).
- Coloque el hule y la toalla debajo de la cabeza del paciente, con la toalla húmeda inicie el aseo de la cara limpiando los ojos del ángulo interno al externo, después asee la frente, mejillas, mentón y pabellones auriculares.
- Para el lavado del cabello ponga una almohada debajo de la espalda del paciente de modo que la cabeza quede inclinada hacia abajo; coloque el hule por debajo de los hombros y utilice otro, poniéndolo debajo de la cabeza en forma de canal hasta la cubeta para facilitar el lavado y enjuagado, evitando así que se moje la cama.
- Enseguida coloque al paciente a lo largo de la cama, extienda un hule y una toalla por abajo del cuerpo y lave los brazos, utilice una esponja o una toalla de fricción. Inicie con la muñeca, antebrazo, brazo y axila, al último lave la mano, seque y continúe con el otro brazo siguiendo los pasos anteriores.
- Posteriormente, lave en el orden siguiente: cuello, hombros, tórax y abdomen con movimientos circulares y de arriba hacia abajo.
- Retire el jabón, cambie el agua las veces que sea necesario, seque muy bien y aplique talco.
- Coloque una toalla por debajo de la pierna, enjabónela desde la ingle hasta el pie; enjuague, seque y aplique talco.
- Repita los mismos pasos con la otra pierna.
- Coloque de lado al paciente y enjabone la espalda de arriba hacia abajo, por último los glúteos; enjuague, seque y proporcione masaje; aplique talco.
- Posteriormente voltee al paciente boca arriba, coloque el cómodo, póngase guantes y lave los genitales o anime al paciente a lavarse, seque muy bien y, por último, tienda la cama con ropa limpia. Peine al paciente y déjelo cómodo.

Anexo 27. Simulación de baño de esponja en cama (ISSSTE, 2015; Partarrieu, 2011, p. 180).

1. La facilitadora ejemplifica la técnica de baño de esponja en cama.
2. Se pide la conformación de equipos por afinidad (mínimo dos en caso de que sean pocas las personas se pide que sea sólo uno).
3. Se entrega un listado de las recomendaciones que hace el ISSSTE (2015) para realizar un baño de esponja –ver anexo 26-.
4. Indicar que simularán ser una familia que tiene un familiar enfermo en cama. La actividad consistirá en realizar esa tarea en conjunto, por tanto deberán elegir a quien actuará el papel de la persona cuidada (debe ser alguien que se pueda acostar en el piso se debe de evitar a personas con silla de ruedas, etc.) organizarse para distribuir cada una de las actividades mostrarlas y realizarlas en orden. Deben de recordar que el baño de esponja tiene un orden para efectuarse y que al finalizar tienen que dejar los materiales en orden. Tendrán sólo 8 min para organizarse.
5. Se comenta que una vez que inicie la actividad no pueden preguntarle a la facilitadora. Si requieren hacerlo deben hacerlas antes de iniciar.
-Cuando inicie la actividad la facilitadora no habla pero entre ellos si pueden hablar.
6. Una vez organizados pasarán los dos equipos (primero uno y luego otro) se les proporcionará los materiales que se recomienda el ISSSTE (2015) a excepción del agua (la cual deberán imaginársela).
-Jabón, esponja, toallas exclusivamente para frotar, toallas exclusivamente para limpiar, peine, crema hidratante, loción, rastrillo (según sea el caso), ropa del paciente (recortes en forma de ropa), y ropa de cama (bata en el caso del hospital), cubeta, lavamanos y un hule para evitar que se moje.
7. Se pondrá una cobija en el suelo simulando una cama, o bien, si se tiene una colchoneta hacer uso de esta.
8. La persona que actuará como enferma se recostará en la “cama”.
9. Pasarán a realizar la limpieza de la persona en cama, según se hayan organizado (tendrán 10 minutos para completarla).

Anexo 28. Técnica de diálogo socrático en equipos e individual (Elaboración propia tomando en cuenta a Partrrieu, 2011, p. 180).

1. Una vez terminada la simulación del baño de esponja se reflexionará por medio del diálogo socrático aplicado a equipos (tomando en cuenta el material de Partrrieu (2011):
 - 1) Se pide que muevan sus sillas para quedar en círculos y en los equipos previamente conformados.
 - 2) Se asignarán al azar tarjetas de funciones (ver al final de las instrucciones) que deben cumplir según convenga por el tamaño del equipo (portavoz, secretario, moderador y gestor de tiempo).
 - 3) Se les entregará una hoja con preguntas que deben contestar en equipo (el secretario puede participar poniendo su opinión pero debe de recabar por escrito también la de los demás). Se les indica que tendrán 30 min para realizar la actividad.
 - 4) Una vez terminado se pasa un pequeño cuestionario, en donde se pide se ponga el nombre. Este cuestionario servirá para evaluar que tanto han reflexionado sobre su conducta, así como las emociones que de ellos surgieron al realizar la actividad. Se les da 15 min.
 - 5) Se pedirá que el secretario lea las respuestas del primer cuestionario y la facilitadora mencionará algunas cosas que vio de cada equipo (áreas de oportunidad y fortalezas) y saber si se dieron cuenta de algo.
2. Se entrega un formato con las preguntas adecuadas de Partrrieu (2011) y se indica su uso para la solución de problemas.
3. Se les pide se den un fuerte aplauso y se les agradece su trabajo. El cuestionario se entregará a la facilitadora.

Tarjetas de funciones

| |
|---|
| Instrucciones: Elijan a dos personas para que realices, cada uno, estas funciones para el equipo. |
| Portavoz: Responderá en representación del equipo. |
| Secretario: Escribirá las respuestas del equipo. |
| Simulación de baño de esponja en cama |
| INSTRUCCIONES: Para esta actividad se pide leer las preguntas en orden e irlas contestando en equipo . El portavoz deberá escribir las respuestas en el espacio en blanco. Antes de empezar se aclara que no hay respuestas correctas o incorrectas pero si deberán ser sinceros al contestar. Muy bien ¡Comencemos! |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo se sintieron al realizar la actividad? 2. ¿Qué fue más importante, terminar la actividad a tiempo o hacer sentir bien a la persona cuidada 3. ¿Cómo deberían ser las personas que cuidan 4. ¿Cuáles de las características que mencionaron tienen ustedes? 5. ¿Cuáles son las cosas que se supone debe de hacer una persona que cuida? 6. ¿Qué pasaría si no las hace? 7. ¿Qué pruebas se tiene para pensar que eso es cierto? 8. ¿Podría haber otra forma de ver esa situación? 9. ¿Pensar de esa manera les ayuda en algo? 10. Suponiendo que pasara lo que ustedes dicen ¿podría hacerse algo más? |

| |
|--|
| Cuestionario individual |
| Nombre completo: |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Sólo si usted fue la persona a la que se le bañó, conteste: ¿cómo me hubiera sentido si tuviera que ser el cuidador? 2. Sólo si usted fue la persona que realizó el baño de esponja, conteste: ¿Cómo me hubiera sentido si tuviera que ser la persona cuidada? 3. ¿Considero que trabajó en equipo al hacer la actividad de baño de esponja? 4. ¿Considera que tomó en cuenta a sus compañeros al momento de hacer la actividad del baño de esponja? 5. ¿Se sintió tomado en cuenta por sus compañeros durante la actividad de "El baño de esponja"? 6. ¿Qué cosas de usted mismo considera que le benefician para ser tomado en cuenta por los demás? 7. ¿Qué cosas de usted mismo considera que NO le benefician para ser tomado en cuenta por los demás? 8. Nombre dos cosas que aprendió de usted mismo al hacer la actividad. 9. Nombre dos cosas que aprendió de los/as demás y le puedan servir. 10. Póngase un reto personal de algo que desee cambiar de usted mismo. (Y que realice antes de que termine el año, no tiene que ser algo muy complicado). <p style="text-align: center;">AL FINALIZAR ENTREGUELO A LA PSICÓLOGA FRIDA. MUCHAS GRACIAS.</p> |

ANEXOS DE LA SESIÓN 6

Anexo 29. Rolle playing: “La familia problemática”

1. Solicitar a los participantes que se reúnan de dos a más equipos (según convenga).
2. Indicar que la actividad consiste en representar un problema familiar que creen padece un cuidador. Este lo deberán actuar frente al grupo, y por tanto es necesario que se pongan de acuerdo sobre el papel que actuarán. Dar 5 min para que se pongan de acuerdo por equipo.
3. Posteriormente pasará cada equipo a escenificarlo.
4. Para finalizar, tendrán que generar propuestas de solución en equipo, para cada una de las situaciones actuadas, utilizando el material de López y Crespo (2008). Tendrán 10 min. Ver anexo 25.
5. Se pide que compartan sus alternativas de solución y se reflexiona de manera grupal sobre las mismas.

Anexo 30. Habilidades de comunicación (adaptado de García, et al., 2013, p. 41).

- Siéntese cómodamente al lado o enfrente de la persona manteniendo siempre contacto visual con ella.
- Evite usted hablar, si está enfadado/a espere a hablar cuando esté más tranquilo/a.
- Emplee frases cortas y sencillas.
- Evite no hacer varias preguntas a la vez, de tiempo a que responda y luego emita la siguiente pregunta.
- Nombre siempre a las personas o a las cosas a las que se refiere, evite interpretaciones.
- No permita que sus gestos se contradigan con lo que dice.
- Escúchele atentamente, muéstrole comprensión y transmitale seguridad.
- Acérquese y mantenga algún contacto físico con su adulto/a mayor, cójale las manos acarícielo.
- Busque temas de conversación, comente la actualidad, vean fotografías, periódicos antiguos.
- Aceptar el “no” por respuesta, recordando que no es un rechazo al cuidador/a sino a lo que se está proponiendo.
- Evitar el uso de generalizaciones excesivas eliminando de su lenguaje las palabras siempre, nunca, todo o nada.
- Intentar decir las cosas en el momento oportuno.
- Elegir un buen lugar para comunicarse, incluye evitar fuentes de sonidos o distractores.
- Hablar claro y despacio.
- No cambiar de tema rápidamente.
- No hablar demasiado alto.
- Buscar mantener la calma.

Anexo31. Reto personal

Indicaciones: 1. Llene los espacios correspondientes. 2) Ponga su nombre y firma en donde se indica,3) Se le asignará un compañero para que realice la actividad junto con usted, él deberá firmar indicando un compromiso que adquiere con usted para venir la siguiente sesión y apoyarle a revisar su actividad.

| EL RETO PERSONAL QUE ME GUSTARÍA HACER ESTA SEMANA | |
|--|------------------------------|
| Yo me reto a realizar esta actividad _____ el día(s) _____ y a la hora _____ | |
| Nombre y firma de usted: | Nombre y firma su compañero: |

ANEXOS DE LA SESIÓN 7

Anexo 32. Ejemplo de lista semanal de actividades agradables del cuidador (Adaptación de López y Crespo, 2008, pp. 71-79).

| Las actividades más agradables que me gustaría hacer esta semana (ejemplo) |
|--|
| Nombre del cuidador: |
| 1. Llamar por teléfono a personas queridas. -Llamar a dos amigos de los que hace tiempo no tengo noticias (Javier y Carmen). -El jueves y el sábado a las 22:00 horas. -Procuraré no hablar más de lo imprescindible de la enfermedad de mi familiar. -Buscaré hablar de temas agradables: Recuerdos o de amigos comunes, etc. |
| 2. Ver de lunes a viernes la telenovela de 16: 00 a 16: 30 mientras mi familiar toma una siesta. |
| 3. Baño caliente. -Procuraré darme un baño con agua caliente por las noches todos los días para poder descansar a las 22:30 horas. |
| 4. Escuchar música todos los días mientras preparo el desayuno. |
| 5. Cantar solo. -Cantaré durante 10 minutos todos los días mientras preparo la comida. |
| 6. Ir al parque. -El jueves y el domingo iré al parque después de desayunar a pasear durante 25 minutos. |
| 7. Asistir a la iglesia. -Acudiré cada domingo después de ir al parque a misa. |

Anexo 33. Adiestramiento de Relajación Progresiva (ARP) de Bernstein y Borkovec (citados en Payne, 2005, pp. 74-78).

Comentarios introductorios para los participantes:

El método que van a van a aprender se denomina “Adiestramiento de la relajación progresiva” y consiste en tensar y relajar grupos musculares del cuerpo. La finalidad es producir relajación y ésta llega después de haber liberado la tensión. Una contracción firme puede llevar a la relajación profunda, algo similar a como un péndulo oscila hasta llegar a su punto más alto en ambos lados. Se les pedirá que se concentren en las sensaciones que acompañan a la tensión y a la relajación; sensaciones que hasta ahora, quizás daban ustedes por supuestas. Hay 16 grupos musculares que van a ser tensados y aflojados, y se precisarán de 20 a 30 minutos para completar todo el programa. Primer les recitaré las instrucciones, mostrándoselas y dándoles la oportunidad de ensayarlas (Payne, 2005, p. 74).

Procedimiento (Payne, 2005, p. 74):

1. Se presenta la lógica de la técnica al practicante, y luego se describen y se muestran las instrucciones que implican a 16 grupos musculares.
2. Para el procedimiento en sí, el practicante se sienta en un sillón. Si no hay algún sillón disponible, el practicante puede sentarse en una silla con un respaldo alto y con apoyos para los brazos.
3. El procedimiento se inicia pidiéndole al practicante que concentre su atención en un grupo muscular determinado. (Para ejemplificar esto ver “Instrucciones dos y subsecuentes”, al final de las instrucciones).
4. Una señal, tal como la palabra “Ahora”, indica que hay que tensar el grupo.
5. La contracción se lleva a cabo de una sola vez, no gradualmente. (Payne, 2005, indica que para todos los casos no es recomendable una tensión inmediata por ello se sugiere hacer una serie de calentamientos musculares o ir relajando poco a poco el músculo).
6. Se mantiene la tensión 5-7 segundos, durante los cuales el instructor le pide al paciente que se concentre en las sensaciones de la contracción muscular.
7. A una señal predeterminada, como puede ser la palabra “aflojar”, “relajar” o “abandonar”, se relaja el grupo muscular (también de una vez).
8. Cuando el grupo muscular se relaja, al practicante se le pide que perciba las sensaciones que acompañan a la relajación mientras el preparador mantiene una charla que induce indirectamente a la relajación.
9. Esto continua mientras dura el periodo de relajación que es de 30-40 segundos.
10. En la primera sesión de adiestramiento se trabajan la totalidad de los 16 grupos musculares. (Payne, 2005, p. 74).

11. "A los practicantes se les puede pedir que levanten el dedo meñique de la mano derecha para indicar que están completamente relajados antes de que se introduzca a la siguiente instrucción." (Payne, 2005, p. 76).

Instrucción dos y subsecuentes:

La instrucción dos implica a los músculos de la parte superior del brazo derecho: se presiona el codo doblado contra el brazo de la silla.

Dejen que la mano y el antebrazo sigan relajados mientras ustedes trasladan su atención a los músculos de la parte superior del brazo derecho (bíceps). Ahora quiero que presionen su codo hacia abajo contra el brazo de la silla. Háganlo sin implicar a los músculos de la mano y del antebrazo... Ahora... sientan la tensión en la parte superior del brazo mientras presionan con el codo hacia abajo... y... Relájense... déjense ir completamente... centren su atención en los músculos que están relajando... sientan la tensión como se va... disfruten de las agradables sensaciones de los músculos aflojándose... experimenten la sensación de la relajación profunda y de confort... luego observen si sienten la parte superior del brazo tan relajada como su parte inferior... en caso afirmativo, hagan la señal del dedo meñique.

Las instrucciones anteriores nos proporcionan una idea de la naturaleza del ARP y, en la primera sesión, también se llevan a cabo las restantes instrucciones. (Payne, 2005, p. 78).

Sesiones subsecuentes:

Una vez aprendido la técnica de la manera anterior se puede realizar la abreviación de cuatro pasos que menciona (Payne, 2005).

1. Se ejercitan juntos ambos brazos.
2. Instrucciones para la cara y la cabeza ejecutadas juntas.
3. Movimientos del torso y del cuello en combinación.
4. Se tensan ambas piernas juntas. (La gente que encuentra esto difícil debe ejercitar las piernas separadamente.). (p. 78).

ANEXOS DE LA SESIÓN 8

Anexo 34. Lista de cuidados psico-emocionales para el adulto mayor y el cuidador (Elaboración propia tomando en cuenta a Torrado Ramos, s. a; Arévalo Herrera, 2014; López Parra, 2008, Secretaría de Salud del Distrito Federal, SEDESA, 2018).

Lista de cuidados psico-emocionales para el adulto mayor

¿Sabías qué?...

1. Una de las maneras para mantener el bienestar psicológico y emocional de un adulto mayor es NO tirando sus pertenencias (por más desgastadas, o "anticuadas" que le parezcan a usted) sin su consentimiento. Recuerde que usted también tiene objetos que atesora.
 - Si hay que tirar algo en definitiva. Hable de la situación con la persona y negocie de manera amable. Hablarlo puede llevarle una o más veces, e incluso, puede no lograr convencerle, pero habrá respetado la decisión de su ser amado y se sentirá escuchado. Recuerde; no cree problemas donde no los hay; discutir por los recuerdos de una boda o su ropa ya roída, no vale tanto como el bienestar de su adulto/a mayor, el de usted y el de su familia.
 - **¡CUIDADO!** Si su adulto mayor empieza a acumular cosas en exceso y antes no lo hacía, es un signo neurológico alarmante llévele inmediatamente con un especialista (Neuropsicólogo, Psicólogo, Geriatra, etc.). Así también, si empieza a desprenderse de cosas que consideraba muy valiosas, o a despedirse de seres queridos, también es un signo de alarma, esta conducta suele presentarse en algunos casos antes del suicidio.
2. En muchos casos la muerte social suele anteceder a la muerte biológica. No le diga cosas como "pareces niño", "das asco", "ya no sirves", "como ya estás viejo, por eso ya no piensas/entiendes, etc.", no le cambie de su cuarto, no tire sus cosas, no le obligue o manipule para hacerle cambiar algo, no lo amenace, no utilice el dinero de su pensión para usted, no le deje a diario a sus nietos/as y no dé por hecho lo que quiere o piensa, no tome decisiones por él si todavía es consciente de sí. Estas son expresiones de violencia y de acuerdo a López Parra (2008) son maneras de matar socialmente a alguien.
3. Permítale hablar de su muerte. Muchos problemas familiares y legales se pueden evitar hablando del tema. Debe de tomar en cuenta que no debe forzar a hablar de ello. Si él quiere hablar sobre eso escucharle atentamente para posteriormente decirle "gracias por compartirme su sentir, creo que es algo importante y por ello quiero preguntarle: ¿ha pensado que emoción le gustaría tener al final de su vida?, ¿quiénes quisiera que estuvieran en el sepelio y quienes no?, ¿hay algo que crea que debería hacer antes de que se acerque el final de sus días?, etc.
 - Si usted desea hablar sobre este tema sea prudente. Conviene que el tema sea hablado en familia con presencia del adulto mayor y respetar si quisiera hablar algo particular con cada miembro. Si ya hablado la situación y le ha prometido algo a él/ella no falte a su palabra, aunque los demás pudieran hacerlo.
 - Investigue si existe en su estado el documento de "Voluntad anticipada" (Secretaría de Salud del Distrito Federal, SEDESA, 2018) este ha sido aprobado en algunas partes de México y garantiza un resguardo legal de los deseos de la persona en situaciones como demencia o estado de coma.
 - **¡CUIDADO!** Jamás le reprima, esto hará que disminuya la confianza que le tiene. Si usted teme hablar del tema es porque el miedo es suyo no de él.

4. Aún con algún tipo de enfermedad neurodegenerativa, como la demencia, su adulto mayor puede sentir, algunos profesionales de la salud señalan que el adult mayor con demencia si ya no se le platica con cariño y se le dan muestras de afecto, como abrazos, suele morir más rápido que aquel a quien si se le proveen.
5. Dígale en vida lo que mucho que le quiere y agradece, no espere hasta el final, pues ello le causará sufrimiento a ambos.

Lista de cuidados piso-emocionales para el cuidador

- Aceptar cambiar, no significa que las demás personas deban hacerlo.
- Cambiar no significa modificar nuestra esencia si no lo deseamos, significa modificar nuestro pensar, sentir y actuar frente a una situación.
- No niegue o reprima sus emociones (ni la de las personas a su alrededor) pero sí cuestione la forma en que las expresa, con quién y donde.
- Muéstrese receptivo a opiniones diferentes a las suyas. Esto no quiere decir que acepte las cosas en las que no está de acuerdo, pero analice y piense: ¿por qué me disgusta su forma de pensar/actuar?, ¿qué puedo aprender de esto?
- Escuche antes de hablar y en el proceso pregúntese: ¿cuál es el mensaje que me quiere transmitir la persona?, ¿qué sentimiento percibo de esa persona?, ¿esto cómo me hace sentir?, ¿hay algo que me pueda servir a mi propio crecimiento?
- Aléjese lo más que pueda de personas y situaciones tóxicas. Muchas veces tendrá la oportunidad de evitar situaciones o personas que le lastimen física o emocionalmente, hágalo.
- No generalice. Analice cuando sus oraciones empiezan con: “todos”, “ninguno”, “todo el mundo es”, “siempre”, etc., estas son generalizaciones y muestran inflexión mental, lo cual es un obstáculo porque hace imposible que nuevas formas de pensar, sentir o actuar sean puestas en práctica. Algunas frases más sanas son: “algunos”, “a quienes yo conozco”, “lo que yo sé”, etc.
- Evite aislarse. Muchas situaciones de la vida son adversidades generadas por la interacción con otra persona, pero evitar convivir con los demás sólo le impedirá generar recursos psicológicos y sociales que le podrían ayudar a salir de alguna situación difícil.
- Recuerde: cualquier adversidad es una oportunidad de aprendizaje para hacer algo nuevo.
- Acepte el error y aprenda de él. Nunca será perfecto, ello no significa que deba justificar sus errores, pero tampoco, que deba estarse culpando por estos. Si puede evitar un error hágalo, en caso de que no, pregúntese: ¿qué podría hacer?, ¿qué aprendí de esto?, ¿cómo podría evitar que vuelva a pasar?
- De soluciones, no problemas. Antes de quejarse o culpar a alguien sobre cualquier situación que le estrese, o desee cambiar, piense en alternativas de solución, y cómo puede utilizar sus recursos psicológicos, emocionales, físicos, económicos, etc., para generarlas. Póngalas en práctica y evalúe sus resultados.
- No haga más de lo mismo. Esto es, si ya se dio cuenta de que la solución que implementó no funciona, NO la siga haciendo, busque nuevas alternativas, recuerde que cada problema es diferente.
- No genere profecías auto-cumplidoras. Las frases que repetimos constantemente y que se terminan haciendo realidad se les denomina de esta manera. El cerebro registra esto como una orden interna y buscará todo aquello que confirme dicha afirmación. Algunos ejemplos son: “nunca podré ser alguien en la vida”, “nadie me va a ayudar”, “nadie me merece”, “los demás siempre están en mi contra”, etc.
- Recuerde: los problemas siempre van a existir las soluciones también.

ANEXOS DE LA SESIÓN 9

Anexo 35. Yo tengo, yo soy, yo estoy y yo puedo (Grotberg, 2001, pp. 21-22).

| Ejemplo |
|---|
| <p>Yo tengo: *Personas del entorno en quienes confío y me quieren incondicionalmente. *Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas.</p> |
| <p>Yo soy: *Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño. *Respetuoso de sí mismo y del prójimo.</p> |
| <p>Yo estoy: *Dispuesto a responsabilizarme de mis actos. *Seguro de que todo saldrá bien.</p> |
| <p>Yo puedo: *Hablar sobre cosas que me asustan o inquietan. *Buscar la manera de resolver los problemas.</p> |

| Tomando en cuenta el ejemplo anterior, conteste lo siguiente: |
|---|
| <p>Yo tengo:</p> |
| <p>Yo soy:</p> |
| <p>Yo estoy:</p> |
| <p>Yo puedo:</p> |

Anexo 36. Historia de vida (adaptación de Arévalo Herrera, 2014).

- Materiales:** Libreta (únicamente para esta actividad), lápiz o lapicero, grabadora (del celular u otro tipo, aunque no es indispensable).
- Prepare una serie de preguntas** que abarquen varios aspectos de la vida de la persona: ¿dónde nació?, ¿quiénes fueron sus progenitores/esposo(a)/hijos(as), etc.?, ¿a qué se dedicó?, ¿cuáles son las situaciones más importantes que pasó en su vida?, ¿tuvo alguna enfermedad importante?, ¿cómo fue su niñez/adolescencia/adulthood/adulthood mayor?, etc. Usted puede modificar o indagar más según convenga.
- Escriba.** Las palabras tal cual las pronuncia la persona y después escriba lo que usted considera que quiso decir.
- Pongan juntos un horario o tiempo para trabajar**, recuerde no forzar a la persona, y no preguntar más si esta no quiere contestar.
- Prepare y busque material visual y auditivo** (fotos de la persona: pasadas y recientes).
- Exponga la historia de vida de la persona.** Si sabe utilizar PowerPoint, hacer un video, etc., incluya música y los materiales visuales. Debe de llevar un breve texto.
- Recuerde:** No ponga información que la persona no le permita, cuando termine de hacer la historia de vida debe mostrarle antes los resultados a la persona y si considera que algo se debe modificar hágalo. Incluso la música de fondo debe ser seleccionada por la persona, usted le puede preguntar sobre sus canciones favoritas.

ANEXOS DE LA SESIÓN 10

Anexo 37. Técnica Gestalt: El hombre sabio (Castanedo Secadas, 2008, p. 358-359).

Instrucciones: Pida a los participantes que se pongan cómodos en sus sillas, quitando toda cosa que esté encima de sus piernas y no cruzando pies o manos. Una vez listos les pide que cierren los ojos y den dos respiraciones profundas, a continuación con vos suave y calmada, pero clara, de las siguientes indicaciones. Recuerde respetar puntos y comas, de preferencia ensaye antes la lectura.

Cierre los ojos e imagine que se encuentra caminando de noche por un sendero que conduce a las montañas. Es una noche de luna llena le permite a usted ver bien el camino y también sus alrededores. ¿Cómo es ese camino? ¿Qué ve usted? ¿Cómo se siente usted al caminar por ese sendero entre las montañas? Usted sigue caminando y se acerca a una cueva donde sabe que vive un hombre sabio, un guía espiritual que puede responderle cualquier pregunta que usted le haga.

Cuando llega a la cueva usted ve una pequeña fogata y sentado frente a ella está el hombre sabio. A medida que el fuego alumbra más, usted llega a percibir más nitidamente al hombre sabio. Tome el tiempo para ver cómo viste, cómo es su cuerpo, su cara sus ojos...

Ahora pregunte al hombre sabio algo que sea importante para usted en ese momento. Observe cómo reacciona a lo que usted le dice. Él le puede responder con palabras solamente o puede responderle con un gesto o expresión facial. ¿Qué clase de respuesta le da a usted? Ahora conviértase usted en el hombre sabio. ¿Cómo es usted siendo el hombre sabio? ¿Cuál es su actitud hacia el visitante que le pregunta? ¿Cómo se siente usted respecto al visitante? ¿Cómo responde usted a su visitante, utilizando palabras o gestos?

Sea de nuevo usted y continúe el diálogo con el hombre sabio. ¿Tiene usted alguna otra pregunta que hacerle? ¿Cómo se siente en compañía del hombre sabio? Ahora vuelva a ser de nuevo el hombre sabio y conteste a las preguntas que le formula el visitante. ¿Hay algo más que usted quiera decir al visitante?

Sea de nuevo usted. Enseguida dirá adiós al hombre sabio. Si hay algo más que desea decir al hombre sabio dígaselo ahora. En el momento en que usted se dispone a decir adiós al hombre sabio, éste entra en la cueva y sale con una vieja mochila de cuero, la abre y busca en su interior algo que quiere entregarle. Cuando lo encuentra lo saca de la mochila y se lo entrega. Usted mira el regalo que el hombre sabio le obsequia. ¿Cómo se siente con el hombre sabio ahora? Dígale qué siente hacia él y vaya diciéndole adiós.

Ahora comience a descender la cuesta por el mismo camino que la subió, llevando con usted el regalo que le dio el hombre sabio. Al descender por el sendero dese cuenta de cómo este es, de tal modo que usted recuerde el camino que conduce al hombre sabio, por si necesita volver a visitarlo. Observe bien y haga contacto con los alrededores.

Continúe caminando y llegue a esta sala trayendo el regalo con usted. Examine en detalle su regalo. ¿Qué es? Tóquelo, dele vueltas entre sus manos. Ahora conviértase en ese regalo y descríbase usted siendo ese regalo. ¿Cómo se siente al ser ese regalo? ¿Cuáles son sus cualidades? ¿Cómo puede ser usted utilizado o apreciado siendo un regalo? Ahora sea de nuevo usted y mire el regalo, vea si puede descubrir algo más en él. ¿Se da cuenta de algo que no vio antes? Ahora ponga el regalo a un lado, en un sitio seguro de su memoria y dígale adiós de momento.

Ya puede abrir los ojos.

-Después de reflexionar en conjunto, de la moraleja-

Moraleja: Las mejores respuestas a su propia existencia las encuentra usted en usted mismo, usted es el hombre sabio de esta vivencia.

Anexo 38. Periódico mural del aprendizaje resiliente

1. Previamente se ha pegado un papel bon en la pared con la leyenda "El mural resiliente".
2. Se explica que cada participante deberá pasar a escribir o dibujar algo en el sobre lo que considera que aprendió.

Anexo 39. Reconocimiento para el cuidador

Ψ

Se otorga el presente
RECONOCIMIENTO A:

Por concluir exitosamente el curso *"Cuidando al cuidador/a"* con una duración de ___ horas, iniciado el _____ y culminando el _____. Llevado a cabo en las instalaciones prestadas de _____ en México_____.

Frida Guadalupe Zempoaltecatl Moreno
Psicóloga

Anexo 40. Propuesta de cartel promocional

CUIDATE

PARA CUIDAR MEJOR!

Si cuidas a un/a adulto/a mayor y no tienes conocimientos profesionales en medicina, enfermería, psicología o afines.

TALLER: "CUIDANDO AL CUIDADOR/A"

_____ te invita a

APRENDER conocimientos generales para

cuidarte y cuidar a un/a adulto/a mayor.

*CUPO LIMITADO.

Asiste los días _____ en un horario de _____ en _____ que se ubica en _____

*Duración: 10 sesiones.
*Comenzamos el _____

Inscripciones y mayores informes:
*Cel: _____
*Correo: _____
*Otro: _____

Anexo 41. Directorio telefónico de profesionales para apoyo al cuidador

El directorio debe contener
Nombre del profesional (Profesión)
Breve CV
Datos de contacto
Servicios al cuidador y al adulto mayor

EJEMPLO

Frida Guadalupe Zempoaltecatl Moreno (PSICÓLOGA)

Licenciatura en Psicología BUAP
Diplomado en Psicogerontología CORE
Tel: _____

Correo: psique.frida@gmail.com

Servicios al adulto mayor y al cuidador familiar:

*Atención psicológica y psicogerontológica al adulto mayor y a sus cuidadores.

¿Sabía que...?

La Psicogerontología es una rama de la Psicología encargada de analizar y comprender el proceso del envejecimiento y la adultez mayor.

ANEXOS DE OTROS MATERIALES

Anexo 42. El reto de la pelota (adaptación de García, 2017).

Previamente se prepara una pelota de tamaño mediano, esta también puede ser hecha de pedazos de tela enrollados.

Instrucciones: Se reta a los participantes a pasar la pelota a todos sus compañeros del salón en 10 segundos (usted cuenta, si son muy pocos los participantes reduzca el tiempo).

-Deben de tener presente que la pelota no debe de caerse y que tiene que ser tocada por las dos manos de cada uno de los compañeros.

En caso de que no puedan a la primera se les pide alternativas de solución y se llevan a la realización.

-El ejercicio se puede hacer cuantas veces se considere necesario.

-Una vez concluida la actividad se pasa a reflexionar sobre ¿qué cosas funcionaron? y ¿qué cosas no funcionaron para hacer esta actividad?

Anexo 43. Tips generales sobre alimentación (Adaptación del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, 2015) y adecuación de espacios y de prevención para cuidar mejor.

¿CÓMO HACER MI ESPACIO UN LUGAR ADECUADO?

Piense en el futuro, usted no será joven toda la vida, **evite construir o vivir en una vivienda mayor a un piso o donde tenga que subir muchas escaleras y desniveles**. En caso de que tenga una casa de dos pisos o más procure dejar el cuarto de la cocina, el baño y sala para el primer piso, además de un cuarto extra que posteriormente pueda ser ocupado como recámara. –La más adecuada es la última-



Procure vivir lo más cerca que pueda de:

- Una iglesia (suelen estar rodadas de casas lo que indica mayores probabilidades de apoyo si es que se llegara a necesitar).
- Centro de salud- Farmacia- Sucursal bancaria y cobro de pensiones.-Tienda, mercado o supermercado.

En casa **prefiera tener**:

- Relojes grandes con números visibles y que funcionen bien.
- Tener asientos suficientes (como sillas o sillones, empiece a evitar los bancos o asientos sin respaldo).
- Barandales para el baño u otros lugares donde convenga para dar impulso.
- Evitar escaleras de más de 5 peldaños.
- Evitar pavimentos resbaladizos (eso incluye azulejo).
- Mantener iluminada la cocina, comedor, habitaciones y la sala iluminados.
- Si vive en un lugar ruidoso utilizar materiales aislantes alrededor de ventanas como: corcho, hule espuma y barreras naturales como los árboles y plantas altas.
- Los enchufes deben estar fijos y accesibles en cada lugar además de quedar a mitad del cuerpo.
- Es necesario colocar lámparas en sitios estratégicos.

4. **Tenga a la mano:**

- Papeles importantes (pero no a la vista).
- Una lista de números, nombres de personas y direcciones visibles a todos en caso de emergencia.
- Linternas o velas a la mano en caso de que falle la electricidad.
- No compre muebles tan grandes de alcanzar.

Adecúela a sus necesidades:

- Tenga en cuenta que habrá cosas que necesitará adecuar a sus necesidades particulares para ello puede acudir a arquitectos, albañiles, u otras personas a las que considere de confianza.

¿CÓMO MEJORAR MI ALIMENTACIÓN?

1. Aprendase el semáforo de alimentos. Como puede ver en la imagen el color rojo son todos aquellos alimentos que puede comer únicamente dos veces al mes (o evitarlos por completo si su médico así lo indica). Los el color amarillo indica los que puede comer tres veces por semana y los verdes son los que debe de consumir a diario.
2. No haga dietas de “moda”, las dietas solamente pueden ser recomendadas por un profesional de la salud.
3. Recuerde llevar a cabo las indicaciones y tomar en cuenta las recomendaciones de los profesionales de la salud.



Anexo 44. Destrucción y construcción del mundo (Acevedo Ibáñez, 1987, p. 179).

Tiempo: 60 min. Tamaño sugerido: de ocho a diez personas.

Instrucciones:

-El instructor lee el siguiente mensaje:

“Una inmensa catástrofe ha assolado la tierra. Dentro de 30 min el globo terráqueo se verá destruido por completo. De la inmensa multitud de sus habitantes, tan sólo restan nueve personas. Una nave espacial que nada más cuenta con capacidad para cinco plazas, espera para transportar a los sobrevivientes a un lejano planeta, donde podrán iniciar una nueva civilización. La tarea del grupo consiste en determinar, dentro del tiempo señalado, quienes ocuparán los únicos lugares disponibles y por qué.”

-El grupo se compone por:

*Un sacerdote.

*Un juez.

*Un policía.

*Un esposo.

*Una esposa embarazada.

*Una vedette.

*Un estudiante.

*Un agricultor.

*Una maestra.

-Se puede distribuir en equipos de nueve o en uno o dos equipos según sea el número de participantes.

-Después de leído el mensaje, se supone que la nave ha llegado a su destino. El trabajo de los ocupantes es decidir cómo van a vivir.

-Los que permanecen en la Tierra descubren que no va a desaparecer y deben decidir cómo van a vivir en adelante.

-Finalmente se discute el ejercicio (se puede usar la actividad del dado inconformista).

Anexo 45. El dado inconformista (adaptación de García, 2017).

Previamente conseguir uno o dos dados y que los participantes hayan escrito su opinión sobre la actividad anterior en dos papelitos, los cuales se doblarán y se meterán a un contenedor (frasco, bolsa, etc.).

Instrucciones: En círculo, al azar se elige un participante este deberá sacar un papelito y leerlo, tirar el dado y esperar la pregunta del facilitador.

-Los compañeros no deben de decir si salió su papelito, sólo pueden participar comentando cuando después de que el compañero responde a la pregunta que se le hizo.

-Las preguntas están enumeradas del uno al seis por cada cara del dado, así que si el participante obtuvo cinco al tirar el dado se lee la pregunta número cinco.

Preguntas:

1. ¿Esta frase ayuda a proteger nuestra salud o nuestra vida?
2. ¿Esta frase ayuda a alcanzar mis objetivos personales?
3. ¿Esta frase me ayuda a resolver mis conflictos y diferencias con otras personas?
4. ¿Esta frase me ayuda a sentirme bien conmigo mismo y con mi vida?
5. ¿Esta frase me ayuda a ser útil a los demás y a la sociedad?
6. ¿Esta frase nos ayuda a actuar de forma ética y justa?