



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**EFFECTOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCION CONDUCTUAL “CUIDANDO
AL CUIDADOR” SOBRE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL COMPLEJO HEMATO-ONCOLÓGICO Y DE
RADIOCIRUGIA DR. DOMINGO LUCIANI**

TUTOR:

MARIELYS MENESES

AUTORES:

GABRIELA NIETO

ISABEL PABON

CARACAS, SEPTIEMBRE 2017



**Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento Psicología Clínica**

**EFECTOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCION CONDUCTUAL “CUIDANDO
AL CUIDADOR” SOBRE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL COMPLEJO HEMATO-ONCOLÓGICO Y DE
RADIOCIRUGIA DR. DOMINGO LUCIANI**

(Trabajo de Licenciatura presentado ante la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, como requisito parcial para optar al título de Licenciado (a) en Psicología.)

TUTOR:

Marielys Meneses

AUTORES:

Gabriela Nieto¹

Isabel Pabón²

CARACAS, SEPTIEMBRE 2017

¹Gabriela Nieto y ²Isabel Pabón, Departamento Psicología Clínica, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela.

Para correspondencia en relación con el presente trabajo de investigación, favor comunicarse a las siguientes direcciones: gaby_5931@hotmail.com e isabelpabon@gmail.com

Agradecimientos

A todos los cuidadores que participaron en esta experiencia, por su constancia y compromiso con esta investigación; sin su asistencia y colaboración este trabajo no hubiese sido posible, gracias por demostrar que, a pesar de los obstáculos del camino, siempre existe una razón para seguir adelante. Para ellos nuestro respeto y admiración, esperando que este programa les permita disminuir y/o manejar las reacciones emocionales que esta abnegada tarea les pueda provocar.

Al personal y autoridades del Complejo Hemato-Oncológico y de Radiocirugía Dr. Domingo Luciani, quienes gustosamente nos permitieron hacer uso de las instalaciones de esta institución para la aplicación de nuestra investigación.

A los profesores de la Escuela de Psicología, especialmente a los de la mención Clínica, por demostrarnos lo que somos capaces de hacer y por su dedicación, enseñándonos que ser Psicólogo más que una profesión es un estilo de vida.

A nuestra alma mater UCV, por abrirnos sus puertas y vernos crecer, reír, llorar, por ser nuestro segundo hogar. Por darnos la oportunidad de vivir la experiencia universitaria dentro de unas instalaciones majestuosas, llenas de un gran legado e historia, así como de profesores con una gran dedicación y vocación de servicio, dispuestos a impartir sus conocimientos para formar profesionales ejemplares.

Gabriela Nieto e Isabel Pabón

Efectos del programa de Intervención Conductual “Cuidando al Cuidador” sobre la Ansiedad y Depresión en cuidadores de pacientes oncológicos del Complejo Hemato-Oncológico y de Radiocirugía Dr. Domingo Luciani

Nieto, G. y Pabón, I.

Universidad Central de Venezuela

Septiembre, 2017.

En la actualidad el cáncer representa la segunda causa de muerte a nivel mundial y Venezuela no escapa a esta realidad. Durante años han sido innumerables los estudios, que han comprobado como la ansiedad y la depresión afectan al paciente y a sus cuidadores, generando como consecuencia deterioro en su salud no sólo física sino también psicológica. Esta investigación tuvo como objetivo evaluar los efectos del programa “Cuidando al Cuidador” sobre la ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes oncológicos, el cual se basó en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y en la Terapia de Solución de Problemas (PST). En el mismo participaron 14 cuidadores de pacientes del Complejo Hemato-Oncológico y de Radiocirugía Dr. Domingo Luciani. Se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), encontrándose diferencias significativas para el indicador de Ansiedad y una reducción en los puntajes individuales en el indicador de Depresión, demostrando que el programa fue efectivo para la disminución en los niveles de dichos indicadores; además de la valoración social otorgada por los participantes quienes lo consideraron pertinente y efectivo para continuar su tarea como cuidadores.

Palabras claves: Ansiedad, Depresión, Cuidador, Terapia de Aceptación y Compromiso, Solución de Problemas, Proyecto de vida.

**Effects of the Behavioral Intervention Program "Caring for the Caregiver" on
Anxiety and Depression in Caregivers of Cancer Patients of the Hemato-Oncology and
Radiosurgery Complex Dr. Domingo Luciani**

Nieto, G. and Pabón, I.

Universidad Central de Venezuela

September, 2017.

Currently, cancer represents the second cause of death worldwide and Venezuela does not escape to this reality. For years, there have been innumerable studies that have identified the way in which variables such as anxiety and depression affect both the patient and their caregivers, resulting in deterioration in their health not only physical but also psychological. This study aimed to evaluate the effects of the "Caring for the Caregiver" program on anxiety and depression in caregivers of cancer patients, which was based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Problem Solving Therapy (PST). In the same participated 14 caregivers of patients of the Complex Hemato-Oncológico and Radiosurgery Dr. Domingo Luciani. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) was used, with significant differences for the Anxiety indicator and a reduction in the individual scores in the Depression indicator, showing that the program was effective for the decrease in the levels of these indicators; In addition to the social assessment given by the participants who considered it relevant and effective to continue their task as caregivers.

Key words: Anxiety, Depression, Caregiver, Acceptance and Commitment Therapy, Problem Solving, Life Project.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Agradecimientos	iii
Resumen	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO REFERENCIAL	3
2.1. El cáncer como desencadenante de crisis familiar	3
2.2. Ser cuidador	5
2.2.1. Etapas en el proceso de adaptación como cuidador	7
2.2.2. Factores de desgaste en la salud física y psicológica del cuidador	9
2.2.3. Ansiedad en los cuidadores	11
2.2.4. Depresión en los cuidadores	12
2.2.5. Ansiedad y depresión en los cuidadores de pacientes oncológicos	13
2.3. Estrategias de apoyo a cuidadores	15
2.3.1. Terapia de aceptación y compromiso (ACT)	16
2.3.2. Terapia de solución de problemas (PST)	22
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
IV. OBJETIVOS	30
4.1. Objetivo general	30
4.2. Objetivos específicos	30
V. MARCO METODOLOGICO	31
5.1. Tipo de investigación	31
5.2. Diseño de investigación	31
5.3. Participantes	32
5.3.1. Criterios de inclusión	32
5.4. Instrumentos para la recolección de datos	32
5.4.1. Entrevista preliminar	32
5.4.2. Instrumento para la medición de los indicadores de ansiedad y depresión	32

5.4.3. Evaluación de las sesiones y el programa en general	33
5.5. Recursos utilizados	33
5.5.1. Recursos humanos	33
5.5.2. Recursos materiales	34
5.6. Etapas de la investigación	34
5.6.1. Fase previa	34
5.6.2. Fase de aplicación	35
5.6.3. Fase de análisis de resultados	38
VI. RESULTADOS	40
6.1. Análisis cuantitativo	40
6.1.1. Análisis de los resultados estadístico antes y después de la aplicación del programa “Cuidando al Cuidador”	40
6.1.1.1. Efectos de la aplicación del programa “Cuidando al Cuidador” en los indicadores de ansiedad	40
6.1.1.2. Efectos de la aplicación del programa “Cuidando al Cuidador” en los indicadores de depresión	44
6.1.1.3. Efectos de la aplicación del programa “Cuidando al Cuidador” contraste de los puntajes (ansiedad y depresión)	48
6.2. Análisis cualitativo	50
6.2.1. Evaluación de la aplicación del programa “Cuidando al Cuidador”	50
6.2.1.1. Evaluación de los objetivos específicos del programa “Cuidando al Cuidador”	51
6.2.1.2. Evaluación emitida por los participantes	55
VII. DISCUSIÓN	58
VIII. CONCLUSIONES	60
IX. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	62
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64
XI. ANEXOS	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos descriptivos pretest y postest de los indicadores de Ansiedad	41
Tabla 2. Frecuencia de los puntajes obtenidos en el pretest de los indicadores de Ansiedad	42
Tabla 3. Frecuencia de los puntajes obtenidos en el postest de los indicadores de Ansiedad	42
Tabla 4. Puntajes individuales obtenidos en el pretest y postest de los indicadores de Ansiedad	43
Tabla 5. Estadísticos descriptivos pretest y postest de los indicadores de Depresión	45
Tabla 6. Frecuencia de los puntajes obtenidos en el pretest de los indicadores de Depresión	46
Tabla 7. Frecuencia de los puntajes obtenidos en el postest de los indicadores de Depresión	46
Tabla 8. Puntajes individuales obtenidos en el pretest y postest de los indicadores de Depresión	47
Tabla 9. Rangos para prueba Wilcoxon (Pretest y Postest)	49
Tabla 10. Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas (Pretest-Postest)	50
Tabla 11. Evaluación de los objetivos específicos de cada sesión	51
Tabla 12. Evaluación emitida por los participantes Sesión 1: Aceptación y Compromiso	55
Tabla 13. Evaluación emitida por los participantes Sesión 2: Aceptación y Compromiso II	56
Tabla 14. Evaluación emitida por los participantes Sesión 3: Solución de problemas	56
Tabla 15. Evaluación emitida por los participantes Sesión 4: Valores personales, proyecto de vida y metas para el futuro	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diseño pretest-postest de un solo grupo	32
Figura 2. Histograma de la distribución de los puntajes obtenidos en el pretest de los indicadores de Ansiedad	42
Figura 3. Histograma de la distribución de los puntajes obtenidos en el postest de los indicadores de Ansiedad	42
Figura 4. Media de los puntajes obtenidos en pretest y postest de los indicadores de Ansiedad	44
Figura 5. Histograma de la distribución de los puntajes obtenidos en el pretest de los indicadores de Depresión	46
Figura 6. Histograma de la distribución de los puntajes obtenidos en el postest de los indicadores de Depresión	46
Figura 7. Media de los puntajes obtenidos en pretest y postest de los indicadores Depresión	48

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD).	70
Anexo 2	Manual del Facilitador.	72
Anexo 3	Evaluación apreciativa por parte de los Participantes.	94
Anexo 4	Carta de solicitud de permiso a Institución.	102
Anexo 5	Cuaderno de trabajo del Cuidador.	103
Anexo 6	Certificado de participación.	112
Anexo 7	Planilla de registro inicial.	113
Anexo 8	Presentación del programa “Cuidando al Cuidador” vía telefónica.	114
Anexo 9	Presentaciones PowerPoint para cada sesión del programa.	115
Anexo 10	Cuadro esquemático del programa.	137

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas y/o terminales son eventos que desencadenan alteraciones en el funcionamiento familiar, ya que se debe dar respuestas a las necesidades físicas y emocionales del enfermo. El cuidador adquiere la responsabilidad no sólo de brindar atención directa al paciente, sino de reorganizar junto con éste un nuevo plan de vida (Expósito, 2008).

Esta situación, es considerada una crisis, donde la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que les permita seguir funcionando (Fernández, 2011). Sin embargo, quien asume la tarea de cuidar al enfermo, puede presentar sobrecarga física y emocional y desarrollar dificultades emocionales como ansiedad y depresión, llegando en ocasiones a sufrir de desgaste emocional (Caqueo, Segovia, Urrutia, Castillo y Lechuga, 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud (1999, c.p. Rodríguez y Rihuete, 2011), el cuidador es la persona que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio, está dispuesto a tomar decisiones por y para el paciente, así como de cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta. No obstante, asumir este rol, tiene repercusiones en la vida familiar y en la salud no sólo del enfermo, sino del propio cuidador; la adaptación a esta nueva situación ocasiona reacciones emocionales, cansancio físico y pensamientos que pueden producir en los familiares una sensación de carga que puede convertirle en un enfermo más.

El concepto de sobrecarga ha sido definido y utilizado comúnmente en cuidadores de personas mayores, enfermos con demencias y alteraciones neuropsiquiátricas sin embargo, los cuidadores de pacientes oncológicos son una población susceptible de presentar un desgaste físico y emocional compatible con este concepto, por el alto nivel de dependencia de los enfermos, lo complejo de los tratamientos, sus efectos secundarios y la cantidad de cuidados que deben asumir para cumplir los objetivos durante el proceso de enfermedad (Rodríguez y Rihuete, 2011).

En esta misma línea, Expósito (2008) indica, que los cuidadores de un paciente oncológico precisan de mucho apoyo, debido a que, atender a un enfermo, representa un cambio sustancial en el estilo de vida y para el que están muy pocos preparados. Esta labor por un tiempo prolongado es la responsable de la fatiga, sensación de fracaso, insomnio, síntomas somáticos, estado depresivo, aislamiento social, irritabilidad, por lo que; el cuidador debe dejarse ayudar y

procurar seguir haciendo su vida normal, para que la relación paciente-cuidador no llegue a un desequilibrio.

Ante esta problemática, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo, evaluar la eficacia y efectividad de un programa basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) y de Solución de Problemas, sobre la ansiedad y depresión que se genera en estos cuidadores, implementando herramientas conductuales que disminuyan dichos niveles para así producir una mejora en su calidad de vida.

II. MARCO REFERENCIAL

2.1 EL CÁNCER COMO DESENCADENANTE DE CRISIS FAMILIAR

Las enfermedades que ponen bajo amenaza la continuidad de la vida, no sólo implican una serie de cambios vitales, a su vez, traen consigo una importante carga de estrés, para el paciente, la familia y el grupo social en torno al paciente (Bonilla, Hidalgo y Kamel, 2012). Tal como lo indican Lozano y Pérez (2010, c.p. Olivares, 2015); la presencia de una enfermedad crónica, provoca un impacto negativo en la calidad de vida de las personas, el sufrimiento se extrapola no sólo a quien la padece, sino también a quienes conviven con él.

En este sentido, el cáncer es una de las enfermedades más temidas por su impacto a nivel físico, emocional, económico y social, tanto en quien lo padece como en su familia; generando en ellos, sentimientos y emociones ambivalentes donde, la unión familiar y el apoyo entre sus miembros tiende a aumentar, al tiempo que también aumentan el estrés, el trabajo y la carga para la familia dado los costos de los tratamientos, las hospitalizaciones; que en muchas ocasiones alejan o distancian del lugar de procedencia, sin dejar de lado toda clase de síntomas físicos asociados con la quimioterapia y/u otros tratamientos (Cueto, Ortega, Bustillo, Suárez, Polo, y Prieto, 2013).

El diagnóstico de una enfermedad como el cáncer, actúa como un elemento generador de crisis en el núcleo familiar, la enfermedad puede ser vista como una amenaza que distorsiona las rutinas familiares y que provoca inevitablemente una sensación de pérdida. Los significados otorgados a la enfermedad (tipo de cáncer, estadio de la enfermedad, etc.) condicionarán notablemente la estrategia de afrontamiento, generando alteraciones en la comunicación y estilo de vida familiar. Para los familiares, el cáncer, suele tener un significado negativo, que vincula la enfermedad con la muerte, lo que trae como consecuencia, una dinámica familiar diferente. La aparición de una enfermedad oncológica genera cambios, motivados por las percepciones y expectativas familiares (Olivares, 2015).

Según un estudio realizado por Espinosa, González y Zani, (2015), el diagnóstico de cáncer alerta al grupo familiar del paciente, pero el anuncio de que será operado, irradiado o que recibirá quimioterapia así como, los evidentes síntomas y consecuencias del cáncer, detonan en ellos la

puesta en marcha de estrategias, para atacar al cáncer y todos los efectos producidos por el tratamiento.

Por lo antes expuesto, el diagnóstico de cáncer, puede desplazar las necesidades de la familia por las del paciente, dado que en entre otras tareas, uno o varios miembros, deben desempeñar el rol de cuidador informal, ser la red de apoyo del paciente, además de estar de manera incondicional con él; convirtiéndose en coprotagonistas de la experiencia del cáncer y de la quimioterapia y demás tratamientos, dado que, todos los familiares implicados en el cuidado del paciente oncológico (padres, hermanos, pareja, hijos), tienen funciones que se desarrollan en un continuo que va desde el acompañamiento, hasta la verdadera contención en el afrontamiento de la enfermedad; continuo en el que la familia está tan implicada afectiva y emocionalmente como el paciente (Espinosa, González y Zani, 2015).

Es así, como la familia del paciente oncológico constituye un grupo de actores cuyo sufrimiento es tan intenso como el del paciente; así lo demuestra el estudio de Hinds (1992, c.p. Espinosa, González y Zani, 2015), el cual indica que estas familias sufren porque, temen a la soledad, a la incertidumbre frente al futuro del paciente y al suyo propio, a las alteraciones en su estilo de vida, comunicación, ausencia de apoyo, desesperanza y adicionalmente, como lo expresa De Feudis (2003, c.p. Espinosa, González y Zani, 2015), porque asimilar informaciones médicas complejas y tomar decisiones sobre el tipo de tratamiento, constituyen un gran estrés para estos familiares. Del mismo modo, otros estudios, han confirmado el impacto del cáncer en las áreas afectiva, emocional, cognitiva y conductual, no sólo en el paciente con cáncer sino además en su familia (Giammona y Malek, 2002; Libert et al., 2006; c.p. Espinosa, González y Zani, 2015).

Para Espinosa, González y Zani (2015), lo anterior significa que la familia, especialmente el cuidador, no es un simple espectador de la experiencia que vive su ser querido; es un actor, un protagonista y por tanto, su experiencia frente al cáncer es tan real y compleja como la del paciente: sufre, experimenta sensaciones de malestar emocional intenso, con percepción de pérdida de control y de impotencia (tanto por la enfermedad de su pariente y el tratamiento que éste recibe, como por los eventos implicados en la vivencia de la enfermedad, el impacto del diagnóstico, la toma de decisiones frente a las opciones terapéuticas, el fracaso terapéutico, entre otros). Ante estas vivencias, el cáncer es considerado una enfermedad familiar, no sólo porque

exista en ella un componente hereditario claramente identificado, sino por las implicaciones que simbólicamente tiene en la familia.

2.2 SER CUIDADOR

En 1999, la Organización Mundial de la Salud definió al cuidador, como la persona del entorno de un paciente, que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; toma decisiones por y para el paciente y cubre las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta (Del Castillo, Morales, Vázquez, Sánchez, Río y Guevara, 2008).

Sin embargo, la familia suele ser el escenario donde se desarrolla y provee el cuidado al paciente y es, justamente desde su interior, que emerge la figura del cuidador. Éste, se convierte generalmente en el recurso, instrumento y medio, por el cual se brindan cuidados específicos y en muchas ocasiones especializados a los enfermos crónicos. En ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro. La naturaleza del cuidador, es de participación directa frente al cuidado del enfermo, teniendo además, un carácter instrumental en la recuperación, bienestar o restablecimiento de éste. (Rivas y Ostiguín, 2011).

Rivas y Ostiguín (2011), luego de una exhaustiva revisión documental, lograron identificar siete conceptos operativos, asociados al término de cuidador, los cuales se exponen a continuación.

El primero de ellos es *Cuidador*: refiriéndose a la persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Reyes, 2001, c.p. Rivas y Ostiguín, 2011). Para Bergero (2001, c.p. Rivas y Ostiguín, 2011), este término es un concepto mixto, formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias.

El segundo concepto se refiere a *Cuidador Principal*: como la persona, familiar o cercana, que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro, de manera permanente y comprometida (Venegas, 2006, c.p. Rivas y Ostiguín, 2011). Asimismo, es un

término utilizado para referirse a los miembros de la familia u otros, que atendieron al paciente en su domicilio y que fue identificado por el paciente como su cuidador principal (Vallerend, 2007, c.p. Rivas y Ostiguín, 2011).

En tercer lugar, se habla de *Cuidador Informal*: refiriéndose a las personas, que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio (Celma, 2001, c.p. Rivas y Ostiguín, 2011).

El cuarto concepto es el de *Cuidador Familiar*: indicando que son las personas que prestan atención a aquellos que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución. El concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros familiares, amigos, miembros del clero, profesores, trabajadores sociales, otros pacientes, etc. (Maeyama, 2007, c.p. Rivas y Ostiguín, 2011). Sin embargo, para Expósito (2008, c.p. Rivas y Ostiguín, 2011), el cuidador familiar, es quien pone en marcha la solidaridad con la persona que sufre y que actúa de manera rápida y diligente ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo.

Otro concepto incluido, es el de *Cuidador Primario*: es la persona que atiende en primera instancia, las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente (Alvarado, 2009, c.p. Rivas y Ostiguín, 2011).

El sexto concepto, *Cuidador primario informal*: se refiere a quien asume la responsabilidad total del paciente, ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo y generalmente es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica, ni capacitación previa para la atención del paciente (Salas, 2006, c.p. Rivas y Ostiguín, 2011).

Y el último concepto operativo es el de *Cuidador Principal Familiar*: se identifica como aquel cuidador, reconocido como primordial agente que da asistencia básica a los pacientes en su condición de enfermedad crónica. Es el apoyo continuo, que lo asiste en lo cotidiano y quien asume las principales decisiones sobre su cuidado (Izquierdo, 2009 c.p. Rivas y Ostiguín, 2011).

Los autores consideran, que en todos estos conceptos se logra evidenciar que, en cuanto *al quién*, el concepto de cuidador se centra en tres perfiles, el primero es aquella persona, que se

refiere a cualquiera qué, apelando a su naturaleza y esencia, actúa. El otro perfil se refiere, a los familiares con parentesco, es decir aquellos consanguíneos que cumplen la tarea. Y el tercero, a un miembro de la red social inmediata (amigos, vecinos, etc.). Sin embargo, todos los conceptos coinciden en que el cuidador, es una figura significativa para la persona que será cuidada.

En lo referente *al qué*, es decir la tarea que le da sentido al cuidador, pueden apreciarse las siguientes funciones: Cuidado, asistencia, tareas de apoyo, apoyo físico y emocional y prestar atención a las necesidades físicas. En este sentido Rivas y Ostiguín (2011), explican que el significado de cuidado, aún es impreciso, sin embargo, suele tener una connotación de precaución y esmero en la acción; mientras que la asistencia, se asocia a términos como ayuda, socorro y amparo, en el cual el pensamiento invita a tener en mente que es necesario contar con otro actor que se presume en desamparo y vulnerabilidad. En cuanto al apoyo, el significado se centra en la idea de sostener, proteger y auxiliar a otro. Paralelamente las tareas del cuidado, confluyen en tres acciones: las responsabilidades del cuidado mismo, participar en la toma de decisiones conjuntas a la persona cuidada y poner en marcha la solidaridad con el que sufre.

En su investigación Rivas y Ostiguín (2011), concluyen que, para que exista el cuidador, debe existir una persona motivo de cuidado con atributos tales como: no autónoma, en condición de cronicidad y discapacidad, enferma, que requiere supervisión; es decir, dependiente. Es así que, para hablar del cuidador, es necesario considerar el contexto donde éste se desenvuelve ya que, es en esa acepción donde se identifica el quién, qué y cómo, de las acciones específicas que lo distinguen como tal.

2.2.1 ETAPAS EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN COMO CUIDADOR

Enfrentarse al hecho de ser responsable del cuidado de una persona enferma y ser el apoyo de las actividades básicas de su vida cotidiana, puede generar en el cuidador ansiedad, miedo, depresión, entre otros. La situación, generalmente, se presenta de forma repentina, debido a una enfermedad aguda/accidente y la urgencia no permite asimilar el hecho. Esta experiencia se percibe comúnmente como un estresante crónico en la que se manifiestan reacciones psicológicas, conductuales y fisiológicas lo que lleva al cuidador a atravesar por varias etapas durante el proceso de adaptación en su nueva labor (Bevans y Sternberg, 2012).

Al principio, suele ocurrir que la persona cuidadora, aún no es plenamente consciente de que, sobre ella va a recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidades del cuidado y tampoco, de que se encuentra en una situación que puede mantenerse durante años y que probablemente implicará un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía. En un trabajo realizado por la Dirección General de Políticas Sociales del Gobierno de Cantabria (2008), detallan las diferentes etapas en las que este proceso de “ajuste” puede desarrollarse:

- **Etapas de negación del problema:** En los primeros momentos, es frecuente negarse a aceptar la evidencia de que un familiar necesita la ayuda de otras personas para las actividades cotidianas, evitando hablar de su deterioro. Conforme el tiempo pasa y las dificultades se hacen más evidentes, empieza a hacerse cada vez más difícil creer que el familiar puede realizar sólo sus actividades o que se trata de una enfermedad temporal.
- **Etapas de búsqueda de información:** A medida que el cuidador, va aceptando la realidad de la situación de dependencia, empieza a darse cuenta de que la enfermedad de su familiar va a alterar profundamente su propia vida y la de las personas que le rodean. Es el momento de buscar información acerca del trastorno, enfermedad o alteración, que sufre el familiar, sus causas, cómo puede evolucionar la enfermedad, qué cuidados serán necesarios, dónde encontrar ayuda o asesoramiento, cómo afrontar problemas de comportamiento del familiar dependiente, cómo solucionar otros problemas asociados, familiares, laborales, económicos, etc. Es frecuente que surjan sentimientos de “malestar” por la situación, ira, frustración, e incluso culpa.
- **Etapas de organización de los cuidados:** Las nuevas responsabilidades suponen una carga para la persona cuidadora, contando con información y recursos externos de ayuda, el apoyo de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que enfrentarse, podrá sentirse progresivamente con más control sobre la situación y aceptará mejor estos cambios en su vida.
- **Etapas de adaptación:** Si el cuidador alcanza mayor control sobre la situación, se inicia una etapa de adaptación en la que las personas que cuidan son más capaces de manejar con éxito las demandas de la persona cuidada; presentan mayor disposición a buscar la ayuda de otras personas con experiencias similares, y se dedican más tiempo a sí mismos (actividades, amistades, otros familiares, etc.).

2.2.2 FACTORES DE DESGASTE EN LA SALUD FÍSICA Y PSICOLÓGICA DEL CUIDADOR

Aunque existen múltiples definiciones de cuidador; pocas mencionan las consecuencias que esta tarea puede generar en la salud física y psicológica de quién la ejerce. A continuación, se especifican algunos factores que se pueden presentar tanto por parte del paciente como del cuidador y que inciden en la carga del cuidado. Según Sánchez, Carrillo, Barrera y Chaparro, (2013), las variables que generalmente afectan el rendimiento y salud del cuidador son:

- **Variables físicas, comportamentales o cognitivas de los pacientes y fase de la enfermedad.** Los cuidadores reportan que en ocasiones cuando el paciente manifiesta problemas de conducta en un grado importante, pueden tener una peor percepción de su relación interpersonal con la persona cuidada y un mayor rechazo hacia ella además, de llegar a sentirse más incompetentes, cuando la persona receptora de cuidados ha perdido una parte importante de sus habilidades básicas para manejarse en su día a día dado el estadio de la enfermedad.
- **Escenarios del cuidado.** El contexto-ambiente en el que se brinda la atención puede incidir directamente en la percepción de la carga del cuidado. Variables como sueño, esfuerzo físico, confinamiento, ajustes emocionales, ajustes familiares, demanda de tiempo, ajustes en el trabajo, carga económica, sensación de desbordamiento, entre otras; varían para el cuidador, según si el paciente se encuentra por ejemplo, en un hospital o en su casa.
- **Autopercepción de carga del cuidado en el cuidador.** La estimación y el reconocimiento que el cuidador tiene en relación con la experiencia, van a mediar la carga del cuidado en medio del contexto y la enfermedad, además, el bienestar psicosocial y la calidad de vida global del cuidador juegan un papel importante en la forma como el cuidador abordará cada situación.
- **Grado de preparación que tienen los cuidadores para asumir el rol.** Los conocimientos, la información y el reconocimiento de experiencias previas, así como las conductas de autocuidado y la eficacia para resolver problemas; se consideran factores que inciden de forma directa en la carga del cuidado que presenta el cuidador.

- **Restricciones sociales y personales.** Las cuales generan abandono de actividades y pérdida de reforzadores tanto en el cuidador como en el paciente, incrementando la posibilidad de experimentar síntomas depresivos.
- **Lenta o poca evolución en la recuperación del paciente.** Lo que conlleva a proporcionar cuidados no remunerados de duración indefinida, que usualmente trae como consecuencia baja calidad de vida, así como sentimientos de culpa y frustración ante el estancamiento o deterioro de la salud del paciente.

Estos factores, pueden actuar como un agente de riesgo de mortalidad, dado que ocasionan deterioro en la salud del cuidador (Schulz y Beach, 2015) y aunque la mayoría de los cuidadores son adultos de mediana edad; el nivel de estrés, ansiedad, depresión que genera en ellos el cuidado de un ser querido (conyugue, hijos, padres, etc.), quien en muchas ocasiones presenta limitaciones funcionales; puede sobrepasar sus capacidades y habilidades diarias para confrontarlos.

En este sentido, Espinosa, Clrerencia, Serrano, Alastuey, Mesa y Peraldo (1996 c.p. Saldaña, Riaño, Rubiano y Rodríguez, 2011), manifiestan que el bienestar físico de los cuidadores, se ve afectado por alteraciones orgánicas y psicológicas, debido a que tienen menos descanso, mayor desgaste físico, hiporexia, estrés, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, problemas de memoria entre otros.

Es así como, la combinación de pérdida de autonomía, angustia prolongada, demandas físicas ante el paciente convaleciente, sumado a las vulnerabilidades biológicas que el cuidador pueda presentar; comprometen su funcionamiento fisiológico, incrementando los riesgos de problemas de salud (física y emocional), los cuales suelen ser atendidos tardíamente, lo que, a largo plazo puede provocar graves enfermedades (especialmente cardiovasculares) aumentando el riesgo de mortalidad (Ruiz, 2015).

Para Rodríguez y Rihuete (2011), éste deterioro y desgaste en la salud física y emocional del cuidador puede a largo plazo, afectar su actividad diaria, dada la presencia de actitudes y reacciones emocionales negativas como estrés, ansiedad, depresión, agresividad, entre otras; que van a interferir tanto en su labor cuidadora, como en sus relaciones con el enfermo, con sus familiares y con los profesionales de la salud con quienes debe interactuar constantemente.

2.2.3 ANSIEDAD EN LOS CUIDADORES

El concepto de ansiedad está estrechamente vinculado a la percepción de amenaza y a la disposición de respuestas frente a ella, funcionando como sistema de alerta del organismo ante situaciones en las cuales el individuo puede ganar o perder. La función de la ansiedad es advertir y activar al organismo, movilizarlo frente a acontecimientos de riesgo cierto o probable de forma que pueda salir airoso de ello. Puede ser desencadenada tanto por estímulos internos (pensamientos, sensaciones o cambios del organismo) como externos (situaciones del ambiente, cambios de rutina, entre otros); el tipo de estímulo capaces de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características de la persona y las circunstancias que le rodeen (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamón, 2008).

Por su parte, May (1963, c.p. Domínguez, Ruíz, Gómez, Gallego, Valero e Izquierdo, 2012), plantea que la ansiedad puede ser entendida como, la reacción básica de los seres humanos hacia un peligro sobre su existencia o hacia alguien o algo valioso para él; debiendo ser tomada en cuenta al momento de realizar una intervención dirigida a los cuidadores, ya que además del paciente, el cuidador también vive en contacto directo con la angustia, ve afectada su rutina diaria a nivel individual y familiar, produciendo en él, altos niveles de estrés, angustia y miedo desencadenando estados de crisis de ansiedad.

En relación a lo anterior, Domínguez y cols (2012), revelaron que los cuidadores indican que el exceso en las demandas y requerimientos del paciente, así como el cumplimiento de múltiples tareas de cuidado, vigilancia y acompañamiento, les genera consecuencias como inquietud, impaciencia, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño; síntomas que reflejan la presencia de ansiedad, considerando que el impacto de cuidar influye negativamente sobre la vida de los cuidadores y pone de manifiesto las repercusiones que la prestación de cuidados puede tener en la salud y especialmente el incremento en los niveles de ansiedad y depresión; demostrando que a mayor grado de dependencia, es decir, a mayor necesidad de cuidados del enfermo, habrá mayor prevalencia de estos trastornos en el cuidador, sometándose en ocasiones a tratamientos farmacológicos para tratar los mismos (Alfaro, Morales, Vásquez, Sánchez, Ramos y Guevara, 2008).

El alto nivel de incertidumbre respecto a la evolución del paciente oncológico puede generar en el cuidador y familiares del enfermo, sentimientos de angustia y miedo a que suceda lo peor, ante lo cual deben emitir una respuesta específica de cuidado sin percibir los cambios inmediatos (contingentes) en el paciente que refuercen la conducta, ante lo cual los cuidadores pueden presentar sintomatología afectiva correspondiente a la ansiedad generalizada, sobre todo si cuidan a pacientes crónicos, debido a la carga de trabajo y la falta de certeza en la recuperación de su familiar (Alfaro y cols. 2008).

2.2.4 DEPRESIÓN EN LOS CUIDADORES

Cotidianamente el ser humano puede experimentar un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas, sobre las que tiene cierto control, sentirse abatido y triste es una experiencia común en la mayoría de los seres humanos, sin embargo, cuando se pierde el control de esas emociones la persona llega a percibir un malestar general, reflejando un desequilibrio emocional. La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total y suele manifestarse a través de un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro, llegando a modificar negativamente la funcionalidad del sujeto. Los investigadores consideran que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida. (Baena, Sandoval, Urbina, Juárez, y Villaseñor, 2005).

En relación a lo anterior, existe también consenso en la literatura científica sobre los elevados niveles de depresión en la población de cuidadores no profesionales, quienes reportan que luego de recibir el diagnóstico suelen sentir síntomas como tristeza, llanto fácil, disminución del interés o en la capacidad para disfrutar cualquier momento de la vida, en algunos casos insomnio o aumento de sueño, sentimientos excesivos de inutilidad, culpa por la enfermedad del paciente, aumento o disminución del apetito, disminución en la capacidad de concentración, ideas de no valer nada, agitación o enlentecimiento e incluso ideas de muerte o de suicidio; estos síntomas llegan en ciertos casos a permanecer durante varias semanas y/o meses (Otero, Vazquez, Ferraces, Blanco y Torres, 2015).

Dada la gran carga y múltiples problemas a los que el proveedor de cuidados debe hacer frente (dificultades económicas, reducción de su tiempo personal, deterioro de sus relaciones sociales, alto grado de esfuerzo físico y psicológico, etc.), la probabilidad de desarrollar episodios de depresión aumenta. Resulta importante destacar que la mayoría de los cuidadores son mujeres, quienes debido a factores biológicos, psicológicos y sociales asociados al género, entre los que cabe destacar, cambios hormonales, estilo cognitivo rumiativo, menor estatus social, entre otros, son más propensas a desarrollar depresión (Nolen-Hoeksema, 2002; c.p. Otero y cols. 2015).

Sin embargo, aunque las labores del cuidado propiamente dichas no provocan la depresión, quien asume esta responsabilidad suele esforzarse por darle el mejor cuidado al paciente, sacrificando sus propias necesidades físicas y emocionales lo que, prolongado en el tiempo puede desencadenar la depresión. También suele ocurrir que en ocasiones, los síntomas de la depresión relacionados con malestar físico como problemas del sueño, fatiga y cansancio, son confundidos considerándolos un resultado de la sobreactividad como cuidador que implica desgaste físico y podría enmascarar la depresión en esta población (Ruiz, 2015).

2.2.5 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Varias investigaciones han mostrado que asumir el cuidado de una persona con una enfermedad de larga duración como el cáncer, es una tarea desafiante y de estrés permanente, que puede inducir efectos perjudiciales no sólo en la salud física sino también psicológica del cuidador con notables síntomas de ansiedad y depresión (Espinoza-Salgado, Reyes-Lagunes, Velasco-Rojano, Bravo-González, y Ramírez-Ramírez, 2017).

Según Puerto (2015), el diagnóstico del cáncer, es reconocido socialmente por tener un enorme impacto físico, psicológico, social y económico en la persona que lo padece, así como en la familia. La carga de la enfermedad y los tratamientos implican que tanto paciente como cuidador deban modificar sus estilos de vida, sus patrones de socialización, se enfrenten a situaciones ligadas al dolor, aislamiento social, discapacidad y por supuesto sentimientos permanentes de amenaza de muerte; ante lo cual se genera malestar emocional que suele estar relacionado con altos niveles de ansiedad y muchas veces depresión.

Mata y García (2016), indican que parte de los síntomas que caracterizan la ansiedad y la depresión en los cuidadores de pacientes oncológicos son: tensión muscular, palpitaciones, incapacidad para relajarse, debilidad, nerviosismo, temor de que pase lo peor, preocupación, inquietud, dificultad para tomar decisiones, torpeza y angustia; lo que genera mayor activación fisiológica y presencia de pensamientos catastróficos, los cuales afectan el proceso de toma de decisión y disminuyen la capacidad de respuesta en el cuidador ante las exigencias de la vida cotidiana, aumentando el estado de angustia y desasosiego en que se encuentra.

Del mismo modo, Sánchez y Carrillo (2017), consideran que el cuidado de un paciente con cáncer, en la mayoría de aquellos que asumen este rol, suele ser una situación nueva, lo cual aumenta la percepción de poco control sobre la misma al no contar con un aprendizaje previo para manejarla, donde, el imaginario social que se tiene del tratamiento, manejo de efectos secundarios, duración y cambios en los estilos de vida con afectación de los diferentes niveles de bienestar, temor a que cualquier error repercutirá directamente en la salud del paciente, más la asociación de esta enfermedad con la muerte; afectará las respuestas del cuidador ante los retos que deba ir enfrentando para cada momento de la enfermedad; desencadenando como consecuencia síntomas de ansiedad y depresión entre otros.

La situación puede complicarse aún más, si el paciente con cáncer es un niño. Carrillo, Ortiz, Sánchez, Carreño y Díaz (2014), destacan que en esta situación, el cuidador ante la percepción de fragilidad del paciente, enfrenta no sólo los efectos perjudiciales del estrés sino además debe asumir una serie de afrontamientos que incluyen, entre otros: manejar la situación de enfermedad en medio de esfuerzos complejos para orientar la toma de decisiones frente a las tareas del cuidado; desarrollar una relación aún más estrecha con el niño; sufrir autoabandono con incremento del aislamiento social, disminución de contactos y restricción al círculo de cuidado familiar; enfrentar como binomio cuidador-niño con cáncer algunas crisis por ausencia de conocimiento, comprensión y aceptación; exponerse a conflictos familiares generados, en la mayoría de los casos, por el impacto emocional que se tiene para reconocer que el niño presenta una enfermedad socialmente estigmatizada como amenazante y fatal. Todo esto, repercutirá negativamente sobre el bienestar emocional del cuidador, provocando señales de ansiedad, depresión, ira, entre otros.

En este sentido Mesa, Ramos y Redolat, (2017), indican que la exposición a la situación de cuidado de un paciente oncológico, dadas las características devastadoras que suelen asociarse a esta enfermedad, puede provocar en el cuidador, además de deterioro cognitivo, mayor nivel de estrés percibido, mayor nivel de sobrecarga y especialmente presencia de alteraciones a nivel emocional como depresión y ansiedad, factores que mantenidos en el tiempo contribuyen al desarrollo de problemas de salud en el cuidador y la probabilidad de abandono de su función. Lo anterior, ratifica la presencia de necesidades personales, familiares, de entendimiento de la enfermedad, orientación sobre cómo actuar, orientación sobre la utilización de apoyos y uso de redes, de cómo soportar la carga sin dejar de lado el autocuidado; las cuales deben ser atendidas para un mejor desempeño de este rol.

2.3 ESTRATEGIAS DE APOYO A CUIDADORES

Los programas de apoyo a cuidadores informales, tienen su origen y fundamento en la filosofía del Movimiento de Salud Mental Comunitaria, al plantear como alternativa a la institucionalización, tratamientos y cuidados basados en un mayor protagonismo de los recursos sociales y comunitarios (Warren y Cohen, 1985, c.p. Martínez, Villalba, y García, 2001). Se concibió así la idea, de que el cuidado directo a las personas con discapacidades, enfermedades crónicas, etc, debería ser complementado con actuaciones encaminadas a las necesidades no cubiertas de sus cuidadores familiares.

En su investigación, Agosta (1989, c.p. Martínez, Villalba, y García, 2001) identifica tres objetivos básicos en los programas de apoyo a las familias cuidadoras: En primer lugar, deben incrementar el empoderamiento de sus miembros para la toma de decisiones; además, deben responder a las necesidades reales de la unidad familiar y por último, deben ser suficientemente flexibles para acomodarse a las múltiples situaciones culturales, económicas, geográficas, etc en las que se desarrolla el cuidado familiar.

De esta manera, a partir del momento en el que el rol de cuidador se acepta y se legitima (recibiendo un entrenamiento específico), se van a ir definiendo roles y capacidades en él, los cuales se van a adaptar al sistema familiar y a su entorno. El cuidador aprenderá no sólo a cuidar, sino a cuidarse. (Ruiz, 2015)

En la actualidad existen una gran variedad de programas y actividades que abarcan asimismo, una gran gama de situaciones. Desde la perspectiva del contenido de las intervenciones, Burns y Rabins (2000, c.p. Martínez, Villalba, y García, 2001) han propuesto una clasificación de los programas comprendidos en tres grandes grupos:

1. Intervenciones educativas, que proveen información sobre la enfermedad, discapacidad o disfunción que padece el sujeto objeto del cuidado. Como propuesta ambiental, se dirige a optimizar el entorno físico para que el sujeto se sienta seguro y pueda satisfacer sus necesidades funcionales a través de un nivel de estimulación adecuado a sus características.
2. Intervenciones conductuales, especialmente para aquellos casos, en los que el sujeto focal padece importantes alteraciones comportamentales. En estas intervenciones a los cuidadores se les enseña los principios básicos de la modificación de conducta (técnicas de observación y reforzamiento, por ejemplo) para ayudarles en su intento de resolver los distintos problemas que tienen que afrontar con el paciente.
3. Las intervenciones de apoyo psicológico y emocional pueden dirigirse tanto al cuidador como al sujeto focal. Ayudan a los cuidadores a identificar y comprender las emociones que experimentan, darse cuenta que existe apoyo y solución para sus problemas. El objetivo principal es reconocer que, ser cuidador también implica cuidarse.

En relación a éste último grupo, han sido innumerables los programas diseñados con este fin; uno de ellos, es el programa de intervención conductual de Mata y García (2016), “Cuidando al Cuidador”. El mismo, fue diseñado para disminuir los niveles de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes oncológicos y para lo cual, plantean la utilización de la Terapia de Aceptación y Compromiso y la de Solución de Problemas, a la vez que recomiendan para su aplicación incorporar un módulo relacionado con Proyecto de vida. A continuación, se presenta información sobre estas terapias, que según las autoras, benefician al cuidador.

2.3.1 TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es considerada la terapia más completa, incluida dentro de las terapias de tercera generación en las terapias conductuales, se enmarca en una posición filosófica funcional, asentándose en una nueva teoría del lenguaje y la cognición;

hace hincapié en la promoción de la activación conductual comprometida con los valores personales, así como en la aceptación de eventos externos e internos inmodificables (Losada, Márquez, Romero, López, Fernández, y Nogales, 2015).

Según Hayes (2015), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) plantea la aceptación psicológica, es decir, estar dispuesto a notar, contactar, sentir y pensar lo que traigan en cada momento las circunstancias actuales según la historia personal. Se trata de estar dispuesto a aceptar las sensaciones y pensamientos problemáticos siempre y cuando esté en relación con las cosas valiosas para la persona; por lo tanto la ACT se dirige a romper la reacción literal ineficaz, socialmente establecida en la historia personal, entre lo que se piensa, se hace y lo que se siente, obteniendo como resultado la reacción a los eventos privados más flexibles y ajustados, en la cual, la persona no tenga que necesariamente evitar o escapar de lo que siente/piensa, sino que pueda elegir responsablemente qué hacer en cada circunstancia según lo que valore verdaderamente como relevante para ella.

En este sentido, Luciano y Valdivia (2006), indican que la ACT parte de un marco global de referencia sobre las ventajas y desventajas de la condición humana, mantiene una filosofía contextual-funcional, es coherente con un modelo funcional sobre la cognición y el lenguaje y sustenta una perspectiva nueva de la psicopatología en la cual resulta central el concepto funcional de evitación experiencial destructiva. Por tanto, consideran que esta terapia busca generar un repertorio extenso y flexible de acciones encaminadas a avanzar hacia metas u objetivos inscritos en direcciones personalmente valiosas y no por la presencia o ausencia de ciertos estados cognitivos y emocionales valorados como negativos (dolor, ansiedad, tristeza, miedo, etc.). A continuación, se presentan algunas de sus principales características:

- Es un tratamiento centrado en las acciones valiosas para la persona.
- Contempla el malestar/sufrimiento como normal; producto de la condición humana (seres verbales).
- Define que, al aprender a resistir el sufrimiento normal, esa resistencia genera el sufrimiento patológico.
- Promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente basándose en la experiencia del éste como la clave del tratamiento. El mensaje es “¿qué te dice tu experiencia al hacer eso?, ¿qué obtienes, de verdadera importancia?, ¿qué estarías

haciendo cada día si pudieras dedicarte a otra cosa que no fuera tratar de quitarte el sufrimiento?”

- Tiene por objetivo flexibilizar la reacción al malestar, rompiendo la rigidez del patrón de evitación destructivo o la excesiva o desadaptativa regulación por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor como hecho fundamental para vivir.
- Implica clarificar valores para actuar en la dirección valiosa, aceptando con plena conciencia los eventos privados que surjan y practicar la aceptación cuanto antes y tantas veces como sea posible.
- Implica aprender a “caer y a levantarse”, o sea, a elegir nuevamente actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por la recaída.

Por tanto, tal como lo indican Wilson y Luciano (2002) la ACT, tiene como premisa que la experiencia del dolor psicológico es ineludible y la evitación emocional como estrategia de afrontamiento aumenta el sufrimiento de la persona. Es así, que la propuesta de la terapia, es la aceptación de los eventos privados que se presentan, dependiendo de la historia del sujeto, donde la aceptación implica un cambio en la relación del sujeto con sus pensamientos y emociones. Aquí la clave no está en las técnicas y métodos per se, sino en su fin claramente especificado: dejar que surjan los pensamientos, emociones y tomar la dirección de la aceptación y no del control de los mismos en el marco del compromiso personal del paciente (en este caso del cuidador) con lo que valora.

Según Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez (2006), los métodos clínicos de ACT se valen de modalidades verbales poco literales; a continuación, se explican brevemente:

- **Uso de Metáforas y Paradojas:** han de ser analogías del problema, siempre que alcancen funcionalmente al patrón de evitación experiencial. Se trata de formular ejemplos paradójicos para tratar de normalizar el malestar que el problema suele ocasionar. Por ejemplo, la metáfora del jardinero (o del jardín) es útil para analizar la situación que como cuidador enfrenta; con ella logra situar sus estrategias en el contexto de sus valores. Puede introducirse en los momentos iniciales de la evaluación para establecer las conexiones funcionales entre los elementos de la metáfora y la vida de quien recibe la terapia. La flexibilidad de la misma permite que los participantes relacionen fácilmente la idea de los

quehaceres en la vida, con el cuidado de las diferentes plantas del jardín y de qué manera las están cuidando.

- **Defusión Cognitiva:** consiste en desliteralizar y distanciarse de los eventos privados molestos a través de este ejercicio experiencial, como lo es la práctica de la exposición a los eventos privados que generan malestar in situ en toda su extensión tal y como surgen en la realidad, desde la perspectiva del yo como contexto de todos ellos y necesariamente en el aquí y ahora. El objetivo es lograr que la persona note y sea consciente de las barreras cognitivas que surgen durante la sesión (pensamientos, recuerdos, malestar, etc.) sin que necesariamente deba suprimirlas, ni seguirlas, sino que se transformen en parte de trayectorias valiosas. Esto se consigue con la contemplación desapasionada del pensamiento, al observarlo como un evento externo al cual puede modificársele forma, color, velocidad o aspecto. Cabe resaltar, una vez más, la importancia de practicar a través de una multiplicidad de ocasiones la aceptación, o el estar abierto a tener los eventos privados al exponerse por completo a ellos desde la perspectiva del yo-contexto, mientras se actúa en la dirección valiosa.
- **Clarificación de los Valores:** gira en torno a detectar las áreas de la vida que puedan ser importantes para la persona (la faceta familiar, laboral, social, etc.), trabajando con ella, para que discrimine las trayectorias de valor plenamente elegidas y controladas por reforzamiento positivo y se libere de aquellas trayectorias y objetivos que le puedan perturbar por estar controladas esencialmente por reforzamiento negativo. Este proceso de esclarecimiento en valores es central y continuo durante el proceso terapéutico. La clarificación de valores es el contexto básico en ACT, está presente desde el inicio de la terapia ya que sin ese contexto de valor no habría sufrimiento, ni problema por resolver. La clarificación formal de las direcciones de valor supone la introducción de diferentes metáforas y ejercicios que permitirán al paciente discernir qué quiere para su vida diferenciando, las trayectorias valiosas, los objetivos a corto y largo plazo situados en esas trayectorias, las acciones en dirección a esos objetivos e identificando las barreras privadas que se interponen al actuar en dichos recorridos.

En resumen, la persona aprende por metáforas, paradojas y ejercicios experienciales la acción de estar dispuesto totalmente, sin más, a tener contenidos privados difíciles o no queridos. La clave con la ACT, es que la dirección que lleva la aplicación de cualesquiera de estos

métodos, es la de aceptar los eventos privados porque la aceptación está al servicio de la actuación impregnada de valores personales. El paciente, aprenderá a ejercitarse en desliteralizar los contenidos privados y aprenderá a tomar perspectiva de los mismos, diferenciando, el acto de tener un pensamiento, del pensamiento que se tiene y, principalmente, de la persona (él mismo) que se está dando cuenta de ello y de lo que realmente importa en ese momento (Luciano y cols., 2006).

El programa “Cuidando al Cuidador” diseñado por Mata y García (2016), el cual hace uso de la ACT, propone trabajar con las siguientes actividades:

- **Uso de Metáforas:** entre ellas la del jardinero (o jardín), la cual permitirá identificar el estado actual y el nivel de satisfacción del cuidador con respecto a sus áreas vitales como personal (salud, alimentación, sueño, etc.), familiar, social-recreativa, laboral, sexual y de pareja. Asimismo, recomienda trabajar luego, con la metáfora de las arenas movedizas y la del campo de hoyos; ambas muestran a la persona, que la evitación emocional es una estrategia poco efectiva para el manejo del malestar emocional a la vez que resaltan la importancia de la aceptación.
- **Manejo de técnicas de relajación y respiración:** dados los altos niveles de activación fisiológica que presentan los cuidadores, resulta necesario entrenarlos en las técnicas de relajación para conseguir la disminución de la misma. Se propone trabajar inicialmente con la técnica de respiración diafragmática o abdominal, con la finalidad de activar la respuesta de relajación del organismo y promover una respiración consciente, para comenzar se debe vaciar bien los pulmones de aire residual, lo cual automáticamente provocará la necesidad de inspirar más profundamente, seguidamente inicia la respiración diafragmática dirigiendo el aire al inspirar hacia el abdomen y reteniéndolo allí durante unos instantes, una vez se siente la necesidad, se expulsa el aire, al hacerlo, durante un instante se mantienen los pulmones vacíos y al sentir nuevamente el impulso de inspirar, se repetirá el proceso. Posteriormente se pondrá en práctica la versión abreviada de la relajación progresiva de Jacobson, la cual consiste en tensar y relajar alternativamente grupos de músculos de todo el cuerpo en una secuencia ordenada (manos y antebrazos, brazo, hombros y cuello, nuca, labios, frente, abdomen/pecho, piernas y pies). Una vez lograda la relajación se enseña a la persona el manejo de los pensamientos intrusos por

medio de las estrategias de defusión cognitiva, que disminuyen la credibilidad y el apego a los pensamientos catastrofizantes y pesimistas. El objetivo es lograr que ante situaciones problemáticas los cuidadores experimenten los efectos de la relajación.

- **Ejercicios experienciales:** se trata de poner en práctica la defusión cognitiva, que se relaciona con el manejo de los pensamientos intrusivos, buscando la desliteralización de las palabras-conceptos. La persona juega con el pensamiento cambiando el formato en que el mismo se presenta (por ejemplo ,en letras de diferentes formas y colores) para desarrollar una actitud más objetiva y distanciada respecto a los mismos. Se quiere que la persona entienda “ahora estoy pensando que soy un idiota” en vez de “soy un idiota”. Por lo tanto, la defusión cognitiva disminuye la credibilidad y el apego de los pensamientos, aunque no necesariamente altere su frecuencia (Barraca, 2011, c.p. Mata y García, 2016). La Técnica del Científico es una versión de la defusión cognitiva en la cual la persona evalúa sus pensamientos y emociones como si fuera un investigador curioso que nunca ha visto un fenómeno parecido. Aquí se le pide al asesorado que examine sus emociones, la forma que tienen, la vibración, el peso, la temperatura, la pulsación y cualquier otra sensación que contenga; al tiempo que se fomenta la respiración, lo cual aumenta la relajación y la comodidad (Harris, 2006, c.p. Mata y García, 2016). Se propone además realizar una reflexión en torno a la muerte y el duelo para fomentar la aceptación de esta realidad humana, aproximándose a ésta desde la defusión cognitiva.
- **Clarificación de los Valores:** se trata de fortalecer a la persona en función de sus valores. Estos valores se identifican al clarificar qué clase de persona desea ser el consultante, qué es lo que más valora en la vida y que desea alcanzar para sí mismo. En función de estos valores se planificará la acción comprometida mediante el establecimiento de metas para el futuro que pueden estar relacionadas con el mejoramiento de las áreas de la vida que el sujeto ha descuidado y que verá plasmado mediante la elaboración de su proyecto de vida. Así, el tiempo y la energía que se gastaban tratando de evitar o controlar las emociones, ahora se invierte en la realización de actividades efectivas guiadas por los propios valores (Harris, 2006, c.p. Mata y García, 2016).
- **Estrategias de Proyecto de vida:** Mata y García (2016), proponen incluir ésta estrategia al momento de trabajar las metas a futuro, ya que, dada la dependencia que puede desarrollar el enfermo con su cuidador, este último poco a poco pierde su independencia,

se olvida de sí mismo, carece de tiempo libre para descansar; la aficiones y hobbies que tenía son abandonados, deja de comunicarse con sus amigos... en otras palabras, paraliza su proyecto de vida (Cerquera, Granados y Buitrago, 2012). Motivo por el cual se debe trabajar con esta población la planificación y puesta en marcha de un proyecto de vida en el que identifique aquellas metas que en medio de la situación y responsabilidad que asumió pueda llevar a cabo. Se debe tener en cuenta que el proyecto de vida, se presenta en muchas ocasiones como un reto acorde a las posibilidades del individuo, convirtiéndose en un tiempo y espacio actual con posibilidad de construir un panorama a futuro; así, el proyecto involucra una anticipación temporal que es la base para una temporalidad futura (Romero, 2002 c.p. Hernández, 2006). En este sentido, dado que el transcurrir de la vida demanda proseguir con distintas vivencias, el ser humano debe planificarse para enfrentar retos y cambios, ya sea de actividades, de roles o de lugares, por lo que el proyecto de vida debe tener un carácter abierto y de permanente elaboración independientemente de la edad, sexo, condición social y/o económica, responsabilidades, entre otros. El objetivo es lograr que el cuidador proponga metas a corto, mediano y largo plazo, estableciendo que acciones llevará a cabo para lograrlo, sin olvidar que, aunque debe continuar con su labor de cuidador, su vida también sigue (Wojtila, 2002, c.p. Hernández, 2006).

2.3.2 TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (PST)

Los cuidadores de pacientes oncológicos, se enfrentan cotidianamente a situaciones problemáticas, en este sentido los déficits en habilidades de solución de problemas se convierten en el principal factor de vulnerabilidad para la depresión y la ansiedad, por lo que el entrenamiento en dichas habilidades conduce a la reducción de los síntomas ya que además de facilitar el manejo de estas situaciones, proporcionará bienestar, reduciendo la sensación de frustración, desasosiego, tristeza, impotencia, ira, etc., que suelen presentarse ante los fallos en la solución de problemas (Otero y cols. 2015).

La terapia de solución de problemas (PST) se basa en los principios del aprendizaje social, entendido como la forma en que las personas valoran y manejan sus vidas, basándose en la valoración de las situaciones sociales y en las habilidades que posee. De acuerdo a esta teoría, a

medida que la persona crece, estas habilidades se van aprendiendo de quienes son importantes para cada uno y se van desarrollando a través de la práctica; se pueden modificar con el tiempo, dependiendo del entorno y los recursos de afrontamiento del individuo (Areán, 2000).

Según la PST, cuando una persona es relativamente habilidosa en muchas áreas, puede manejar los problemas de forma adecuada siendo poco probable que se deprima. Sin embargo, cuando hay un fallo en alguna de sus habilidades es posible que la capacidad de solución de problemas disminuya incrementándose las probabilidades de sufrir problemas emocionales (Areán, 2000).

De acuerdo con Nezu y Nezu (1991), la PST es el proceso metacognitivo por el cual, los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación del carácter problemático de la situación o de sus reacciones a ella. Por su parte, los problemas son concebidos como situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas), que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de afrontamientos eficaces por parte de quien las enfrenta debido a la presencia de distintos obstáculos. Es decir, los problemas representan a menudo una discrepancia entre la realidad de una situación y los objetivos deseados.

Según Otero y cols. (2015), el concepto de solución de problemas dentro de la PST, se compone de dos dimensiones parcialmente independientes. En primer lugar, está la orientación al problema y refleja la valoración general personal hacia los problemas de la vida y puede ser positiva o negativa en función de si la persona entiende o no los problemas como algo solucionable y confía o no en sus habilidades para resolverlos. La segunda dimensión es el estilo de solución de problemas y se refiere a las actividades cognitivas y conductuales por las cuales una persona intenta afrontar los problemas, se han identificado tres estilos: *El estilo impulsivo* que se caracteriza por la utilización de métodos poco reflexivos, descuidados e incompletos para intentar buscar soluciones. *El estilo evitativo* el cual se caracteriza por la tendencia a evitar los problemas y posponer las soluciones. Finalmente, *el estilo racional* que se caracteriza por buscar de forma activa una solución a los problemas y aplicar de forma sistemática las estrategias para alcanzar la mejor solución posible (definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y por último implementación de la solución y verificación del resultado alcanzado con la solución). Una orientación positiva al problema y un

estilo racional son consideradas dimensiones funcionales; por el contrario, la orientación negativa al problema, el estilo impulsivo y el evitativo se consideran dimensiones disfuncionales (Otero y cols., 2015).

Por su parte, Rangel, Ascencio, Ornelas, Allende, Landa y Sánchez (2013), consideran la PST, como un proceso cognitivo-conductual relativamente auto-dirigido, a través del cual la persona busca identificar o descubrir formas efectivas para resolver situaciones problemáticas a las que debe enfrentar durante su vida cotidiana y está conformada por un conjunto de cinco habilidades que interactúan para lograr una solución eficaz del problema. A continuación, se menciona cada una de ellas:

- **Orientación hacia el problema:** se trata de determinar cuál es la reacción emocional de la persona en las situaciones adversas. Este paso puede considerarse como la evaluación de la actitud del individuo hacia las distintas situaciones problemáticas que vive y cuál es su filosofía de resolución de problemas.
- **Definición del problema:** está relacionada con la definición concreta y específica del mismo y con el establecimiento de objetivos que se pueden definir y alcanzar. Se debe clarificar y comprender la naturaleza específica del problema buscando toda la información y hechos sobre el mismo, describiéndolos claramente, diferenciando lo relevante de lo irrelevante e identificando los factores que hacen de la situación un problema.
- **Generación de soluciones alternativas:** implica la producción creativa de varios métodos para solucionar los problemas y lograr los objetivos propuestos, pero posponiendo juicios acerca de la eficacia de las soluciones; la idea es hacer que estén disponibles tantas opciones como sea posible, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de que la solución “mejor” se encuentre entre ellas.
- **Toma de decisiones:** es el proceso sistemático para seleccionar la mejor solución a un problema de las posibles soluciones anteriormente generadas. Para lograrlo se debe predecir las consecuencias probables de cada curso de acción propuesto y ponderar la utilidad de esas consecuencias para solucionar el problema tal y como ha sido formulado.
- **Puesta en práctica y evaluación de la solución elegida:** incluye la planificación, puesta en marcha de las soluciones y la evaluación posterior del éxito o fracaso de la solución

seleccionada. En caso de no ser efectiva se debe continuar con la siguiente solución propuesta.

Cabe destacar, que en un estudio llevado a cabo por Torres, Ballesteros y Sánchez (2008), se evaluó la viabilidad de un programa breve, basado en la solución de problemas, para la prevención de la depresión en cuidadores. Siguieron la premisa de Nezu, Nezu y Perri (1989), de que los déficits en solución de problemas suponen un factor de vulnerabilidad para la depresión y esta tiene lugar, cuando existen eventos vitales negativos y problemas cotidianos unidos a déficits en la solución de los mismos. El programa se realizó con entrenamiento en los cinco componentes de la solución de problemas. Los resultados mostraron una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología depresiva, la inadaptación social, los niveles de sobrecarga, el riesgo de depresión y un incremento significativo, en las habilidades de solución de problemas. Lo que demuestra la efectividad de esta terapia en esta población.

En concordancia con lo anterior, Mata y García (2016) señalan que la Terapia de Solución de Problemas es favorable como técnica de afrontamiento para los cuidadores, por lo que, debe considerarse como elemento principal junto a la Terapia de Aceptación y Compromiso del programa de intervención “Cuidando al Cuidador”, entrenamiento que simultáneamente genera destrezas en el manejo de las emociones y los sentimientos negativos al tiempo que aumenta la eficacia en la respuesta ante las situaciones cotidianas del cuidado de un paciente oncológico. El mismo, espera ser aplicado para evaluar su efectividad y de ser favorable los resultados, ser implementado en centros asistenciales como programa de apoyo a los cuidadores que quieren y necesitan estrategias para cuidarse en medio de la situación que les ha tocado enfrentar.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios realizados con cuidadores de pacientes oncológicos, evidencian las dificultades emocionales y físicas a las que deben enfrentarse, desde que reciben el diagnóstico del paciente, debido al compromiso, responsabilidad, sacrificio que trae consigo esta tarea. Al mismo tiempo, otras investigaciones, proponen la implementación de intervenciones psicológicas dirigidas a los cuidadores, que les facilite el manejo de la situación, así como una mejor calidad de vida, ante el reto que les ha tocado asumir.

Rodríguez, Ortiz, Palao, Avellido, Sánchez y Chinchilla (2002), en su estudio, determinaron la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de 371 cuidadores, utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). Los resultados arrojaron que el 36,4% de los cuidadores familiares, obtuvieron altas puntuaciones en la subescala de ansiedad y el 9,2% en la subescala de depresión. Proponiendo así, diseñar intervenciones terapéuticas para contribuir a que pacientes y cuidadores puedan hacer frente a estos problemas.

Así mismo, Vázquez, García, Gómez, Caballero, Tinoco y Ponce (2015), reportan, que los cuidadores entienden el cuidado de los pacientes oncológicos como un sentimiento de obligación, lo que los lleva a realizar cambios significativos en su estilo de vida, manifestando afectaciones psicológicas como ansiedad y depresión en niveles superiores a los de la población general. Mediante la medición de estas variables, a través de la Escala de Ansiedad y Depresión (HAD), encontraron que los cuidadores primarios, pueden requerir atención psicosocial que les permita desarrollar competencias de autocuidado y cuidado hacia el paciente, durante el proceso oncológico.

Se confirma así, que no sólo los pacientes oncológicos necesitan atención, también sus cuidadores. Sin embargo, dado que casi todos los centros de salud, prestan servicio a los pacientes dejando de lado el estado en que se puedan encontrar sus cuidadores, Garassini (2016) recomienda, la creación de grupos de apoyo para el cuidador ya que, el acompañamiento, atención y orientación, es considerado por éstos, como un aspecto de gran utilidad para sobrellevar el cuidado del paciente oncológico. Ante lo que resalta la necesidad de implementar

estrategias de intervención que contribuyan con la disminución de los niveles de ansiedad y depresión en dichos cuidadores.

Según Crespo y López (2007), los altos niveles de malestar que sufre un importante porcentaje de cuidadores, se debe a que, no cuentan con habilidades de afrontamiento adecuadas que contribuyan a que la problemática disminuya, resultando esencial, apoyar mediante estrategias terapéuticas a esta población. En este sentido, De la Huerta, Corona y Méndez (2006), en su investigación; identificaron que el estilo de afrontamiento más predominante y efectivo en cuidadores de pacientes oncológicos, fue el cognitivo activo, utilizando estrategias de búsqueda de información y resolución de problemas.

Al igual que, Torres, Ballesteros y Sánchez (2008); Ferré, Sevilla, Boqué, Aparicio, Valdivieso y Lleixá (2012), realizaron un estudio, para conocer la efectividad de la Terapia de Solución de Problemas en la reducción de la ansiedad y la depresión en cuidadores familiares de pacientes dependientes. Utilizaron una muestra de 122 cuidadoras, con síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional; al finalizar la intervención, se observó una mejora estadísticamente significativa en los síntomas de ansiedad, depresión y bienestar percibido. Los autores concluyeron que, la técnica de solución de problemas, es una herramienta terapéutica útil para la disminución de estos síntomas.

De esta manera, se confirma que la Terapia de Solución de Problemas, genera una reducción de la sintomatología depresiva en los cuidadores, por lo tanto; resulta propicia la aplicación de intervenciones basadas en dicha estrategia terapéutica; ya que, además, incrementa las habilidades de los cuidadores para afrontar adecuadamente los eventos vitales negativos y problemas cotidianos en sus vidas (Torres, Ballesteros y Sánchez, 2008).

Otra estrategia terapéutica que ha mostrado ser efectiva, es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). En una investigación sobre la problemática de las cuidadoras familiares de personas con demencia, Losada, Márquez, Romero, López, Fernández y Nogales (2015), tenían como objetivo modificar creencias y pensamientos disfuncionales a través de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso, ayudando a las cuidadoras a identificar sus valores y barreras de acción, incrementando su motivación para comprometerse con sus valores y llevar a cabo acciones en función a ellos, a pesar del sufrimiento y otras

emociones inevitables que pueden experimentar en su vida. En este trabajo los ejercicios y las metáforas, se adaptaron a la situación de cuidado y se generaron herramientas específicamente orientadas para esta población; concluyendo que, la ACT, genera en los cuidadores una mayor aceptación del diagnóstico del enfermo y de la tarea a la que debe enfrentarse. Recomendando la aplicación de esta terapia, en cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas.

Mata y García (2016), diseñaron un programa de intervención conductual, orientado a la reducción de los niveles de ansiedad y depresión de los cuidadores de pacientes oncológicos, en el que agruparon la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia de Solución de Problemas. Dado que el programa solo pudo ser validado por expertos quienes afirmaron, que los contenidos del programa respondían a las necesidades percibidas por los cuidadores; las autoras, recomendaron la aplicación del mismo para comprobar su efecto en esta población.

Lo anteriormente expuesto, confirma la necesidad de brindar atención psicológica a los cuidadores de pacientes oncológicos, por ser la persona, que asume el acompañamiento del proceso de enfermedad y de la terapia oncológica, enfrentando nuevos retos, reorientando sus expectativas y proyecciones personales; lo que genera en él, un desgaste físico, mental, social y familiar.

En este sentido, es importante destacar que, para los cuidadores, la situación representa una condición de incertidumbre, ansiedad y depresión; que muchas veces continúa aun cuando la enfermedad está controlada; esta dedicación exclusiva a los cuidados, conlleva, como ya se ha mencionado anteriormente, a una restricción total de la vida social; el cuidador se aísla, evita salir con amigos, relacionarse con más familiares, recibir o realizar visitas y muchos consideran que no cuentan con un espacio propio para su cuidado; además de experimentar sentimientos de frustración y desesperanza (Carrillo, Ortiz, Herrera, Carreño y Díaz, 2014).

Es por ello, que se hace necesario, lograr cambios significativos en la reducción de la ansiedad y la depresión en esta población, ya que, al ser el pilar fundamental del paciente durante el proceso de enfermedad, se requiere que su estado emocional sea el idóneo para brindar la atención adecuada, al momento de afrontar la enfermedad; sin dejar de lado su propia salud y vida.

Se evidencia así, la relevancia social, que implica la atención psicológica en los cuidadores de pacientes oncológicos ya que, generalmente las intervenciones se han centrado en los pacientes, restándole importancia a la labor que cumplen los cuidadores y al desgaste físico y emocional que padecen, por lo que; en respuesta a esta problemática y tomando en cuenta la recomendación de la investigación de Mata y García (2016), se planteó aplicar y evaluar el programa de intervención conductual “Cuidando al cuidador”, para reducir los niveles de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes oncológicos, con el fin de investigar su efectividad y eficacia en dicha población.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar los efectos del programa de intervención conductual “Cuidando al cuidador”; orientado a reducir los niveles de los indicadores de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes oncológicos que asisten al Complejo Hemato-Oncológico y de Radiocirugía Dr. Domingo Luciani del Llanito.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los indicadores de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes oncológicos mediante la administración de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD).
- Verificar los efectos producidos por el programa “Cuidando al Cuidador”, comparando los resultados obtenidos en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), administrada a cada cuidador, antes y después de la aplicación del programa.
- Contrastar los resultados esperados y obtenidos de los objetivos específicos del programa “Cuidando al Cuidador”
- Validar socialmente los efectos del programa “Cuidando al Cuidador”, mediante la opinión de los cuidadores, en términos de cumplimiento de objetivos, calidad, contenido, actuación de las facilitadoras y del programa en general.

V. MARCO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación, cuyo propósito fue medir los efectos de un programa, mediante la comparación con las metas propuestas, determinando la congruencia entre los objetivos y los resultados; puede considerarse, de acuerdo a lo planteado por Weiss (1985), como evaluativa. Este tipo de investigación, contribuye además, en la toma de decisiones posteriores acerca del programa, estableciendo posibles mejoras al mismo.

Para Tyler (1950 c.p. Expósito, 2004), la investigación evaluativa, se caracteriza por el proceso de evaluación de programas, que permite intervenir en la toma de decisiones de problemas prácticos limitados a un grupo de referencia, en donde, la credibilidad se basa en la propia utilidad que permita valorarlo; adaptando sus interpretaciones a los gestores y usuarios.

Correa, Puerta y Restrepo (1996), expresan que el término evaluación, es entendido como: el control del éxito o del fracaso en el sentido de identificar y medir resultados. Así, la evaluación es un esfuerzo por reconocer qué cambios se presentan durante y después de un programa de acción y cuales se atribuyen al programa.

Esta investigación tuvo además, un alcance descriptivo. En este sentido según Hernández, Fernández y Baptista (2010) los estudios descriptivos, están dirigidos a especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Su objetivo es medir o recoger información de manera independiente sobre conceptos o variables, y no, como ellos se relacionan.

5.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación que se utilizó para evaluar el programa “Cuidando al Cuidador” sobre los indicadores de ansiedad y depresión, fue pretest-postest, de un solo grupo, el cual se compara consigo mismo, examinando las diferencias de las puntuaciones (Kerlinger y Lee, 2002). A continuación, se presenta la figura con el esquema del diseño empleado:

$$\frac{G \quad 0_1 \quad X \quad 0_2}{\quad}$$

Figura 1. Diseño Pretest-Postest de un solo grupo.

5.3 PARTICIPANTES

Participaron 14 cuidadores de pacientes oncológicos que asisten al Complejo Hemato-Oncológico y de Radiocirugía Dr. Domingo Luciani del Llanito.

5.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Cuidadores de pacientes oncológicos, en un rango de edad entre 25 y 70 años; que tenían la disponibilidad para asistir durante cuatro horas a cada una de las cuatro sesiones.

5.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

5.4.1 ENTREVISTA PRELIMINAR

Entrevista realizada, con la finalidad de obtener información básica del cuidador, como datos de identificación, tiempo que lleva ejerciendo dicha labor, horas diarias que dedica al cuidado del paciente, entre otros.

5.4.2 INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Mata y García (2016), en su investigación, recomendaban hacer mediciones de pretest y postest de indicadores de ansiedad y depresión, antes y después de la aplicación del programa, con el instrumento “Cuestionario de exploración de estrategias de afrontamiento, estados de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con cáncer”, sin embargo, luego de consultar con expertos, éstos indicaron, que el mismo solo tomaba en cuenta aspectos del momento en que el cuidador y el paciente recibieron el diagnóstico y por tanto no reflejaría cambios relacionados con la aplicación del programa.

Ante esta situación, se decidió hacer uso de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Anexo 1), con el objetivo principal de obtener indicadores cognitivos y conductuales de ansiedad y depresión, que pudieran reflejar posibles cambios generados luego de la aplicación del

programa “Cuidando al Cuidador”. Se trata de un cuestionario de autoaplicación con 14 reactivos, integrado por, dos subescalas de 7 reactivos cada una, ansiedad (reactivos impares) y depresión (reactivos pares) la cual es aplicada en el ámbito hospitalario (Noguera, Pérez, Barrientos, Robles y Sierra, 2013).

Los 7 reactivos de la subescala de ansiedad, apuntan a evaluar si la persona ha estado tensa, preocupada o ha tenido sensaciones de temor durante la última semana. Por su parte, los siete reactivos de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia, puesto que es probablemente el rasgo psicopatológico central de la depresión; dicha subescala evalúa aspectos relacionadas con la pérdida de interés (Noguera y cols, 2013).

El tiempo estimado para responderla es de aproximadamente diez minutos. En las instrucciones se le pide a la persona que indique como se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día actual. Las opciones son tipo Likert oscilando de cero a tres, dando un puntaje mínimo de cero y un puntaje máximo de 21 para cada subescala. Los puntos de corte de cero a siete indican la ausencia de indicadores de ansiedad/depresión clínicamente relevante, de ocho a diez que requiere consideración y del once al veintiuno presencia de sintomatología relevante (Noguera y cols, 2013).

5.4.3 EVALUACIÓN DE LAS SESIONES Y EL PROGRAMA EN GENERAL

Al finalizar cada sesión, se le solicitó a cada cuidador, escribir cómo había sido la experiencia en la sesión y el desempeño de las facilitadoras durante la aplicación; con el objetivo de obtener la validación social y observar la percepción de los cuidadores con respecto a cada una de las sesiones y del programa en general (Anexo 3).

5.5 RECURSOS UTILIZADOS

5.5.1 RECURSOS HUMANOS

- **Participantes:** 14 cuidadores de pacientes oncológicos que asisten al Complejo Hemato-Oncológico y de Radiocirugía Dr. Domingo Luciani del Llanito.
- **Facilitadoras:** Dos facilitadoras, una encargada de las actividades y exposiciones teóricas y la otra encargada de las dinámicas y aplicación de los instrumentos.

5.5.2 RECURSOS MATERIALES

- **Carta de solicitud de permiso, dirigida al Complejo Hemato-Oncológico y de Radiocirugía Dr. Domingo Luciani:** Dirigida a la Directora y Subdirectora del complejo, con el objetivo de solicitar el uso del espacio de la sala de conferencias para la realización del Programa de Intervención “Cuidando al cuidador” (Anexo 4).
- **Material de apoyo para cuidadores y facilitadoras:** Se entregó 1 cuaderno de trabajo para cada cuidador, el cual incluía información sobre cada uno de los contenidos y actividades a desarrollar durante todo el programa (Anexo 5). Adicionalmente, las facilitadoras contaron con un manual del facilitador (Anexo 2), el cual especificaba las instrucciones y actividades a realizar en cada sesión con la finalidad de mantener la estandarización. Además de disponer del instrumento de medición (Anexo 1), certificados de participación (Anexo 6), hojas blancas, lápices de grafito N° 2, se contó con un video-beam, laptop y cornetas. Para registrar la asistencia de los participantes, se dispuso de hojas blancas con la fecha de la sesión a dictar, solicitándoles escribir su nombre, cedula de identidad y firma.

5.6 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

5.6.1 FASE PREVIA

- **Cambios realizados al programa previo a la aplicación:** Inicialmente la primera versión del programa fue elaborada por Mata y García (2016), sin embargo, de acuerdo a las recomendaciones hechas por los expertos en su investigación, se realizaron ajustes a la versión original. El cuadro esquemático del programa (Anexo 10), muestra la nueva distribución de las sesiones de aplicación. Adicionalmente, se agregaron recesos y se efectuaron ajustes en cuanto al orden, tiempo de duración de algunas actividades y ejemplos proporcionados por las autoras iniciales. Los cambios específicos realizados en cada una de las sesiones se comentan en la fase de aplicación.
- **Contacto Inicial con la Institución:** En primer lugar, se realizó el contacto con la Lic. Marielys Meneses, Psicóloga de la institución, con la finalidad de conocer mediante su experiencia, las necesidades o solicitudes de los cuidadores que se encuentran en la sala de espera. Una de las principales solicitudes es que, pasaban mucho tiempo sin realizar

alguna actividad y deseaban poder invertir ese tiempo. Asimismo, manifestaron sentir diversos sentimientos, debido a problemas con los pacientes, no saber cómo manejarlos, etc. Posteriormente, se realizó la solicitud a la institución para conocer la posibilidad de implementar el Programa de Intervención Conductual “Cuidando al Cuidador”, entregándose la carta de solicitud de permiso para la realización del programa y los estudios involucrados.

- **Registro de los participantes:** Esta etapa se inició un mes antes de la aplicación del programa, se procedió a realizar el registro de los cuidadores interesados en participar en el mismo. La invitación fue promocionada mediante la reproducción de un video, elaborado con la finalidad, de impartir un mensaje indicando la importancia de cuidarse para poder ser cuidador sin desatender otras áreas de sus vidas (<https://www.youtube.com/watch?v=SXIPQPZwZmY>) apoyado además por la invitación por parte de la Lic. Marielys Meneses, mientras los cuidadores se encontraban en la sala de espera y un formato de registro (Anexo 7) que se dejaba en dicha sala todos los días durante la mañana y se retiraba en horas de la tarde.
- **Selección de los participantes:** El primer contacto con los participantes se realizó vía telefónica, con la finalidad de presentar el programa (Anexo 8), se contactó a un grupo inicial de 30 participantes, de los cuales, 24 confirmaron poder participar en el programa.
- **Logística:** Se elaboró las presentaciones de Power-Point con el contenido teórico correspondiente a cada una de las sesiones (Anexo 9), se acondicionó la sala de conferencias, se preparó los refrigerios y se diseñaron e imprimieron los certificados de participación (Anexo 6).

5.6.2 FASE DE APLICACIÓN

- **Entrevista preliminar:** Realizada por las facilitadoras el primer día, antes de iniciar la aplicación del programa, al momento de llegar los cuidadores a la sala de conferencias.
- **Aplicación del pretest:** Previo al inicio del Programa de Intervención, se procedió a la administración de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), con una duración aproximada de 10 minutos.
- **Aplicación del programa:**

Sesión 1 – Aceptación y compromiso: inició con la presentación de las facilitadoras, mediante una explicación previa de los temas a tratar en la sesión, seguidamente se realizó la dinámica “Conociéndonos”; la cual tenía como objetivo que los participantes se conocieran para lograr una mayor integración del grupo.

A continuación, mediante la dinámica “Expectativas y Normas”, los participantes establecieron las normas del grupo y expresaron sus expectativas acerca del programa. Seguidamente, se llevó a cabo la actividad 1 “Metáfora del Jardinero”, cuyo objetivo principal era lograr que los cuidadores identificaran su nivel de satisfacción de acuerdo a las áreas de su vida. Una vez finalizada esta actividad se dio el receso pautado con una duración de 10 minutos.

Al regresar, se inició la actividad 2 “Metáfora de las arenas movedizas” teniendo como objetivo que los cuidadores lograran identificar el significado de la evitación emocional y el malestar que este genera. En la versión elaborada por Mata y García (2016), antes de la actividad 2 se tenía establecido el tema sobre la comprensión de la muerte, sin embargo, por sugerencia de las autoras, la complejidad del tema y el rapport con los cuidadores se decidió dedicar esta sesión únicamente a las metáforas.

Luego, se desarrolló la “Dinámica de la risa”, para activar a los participantes y disponerlos para la siguiente actividad. Se finalizó con la actividad 3 “Metáfora del campo de hoyos”. Su objetivo era, que los cuidadores con ayuda de las facilitadoras identificaran las estrategias adecuadas para el manejo de las emociones displacenteras.

Sesión 2 – Aceptación y Compromiso II: inició con la dinámica comprensión de la muerte, que como se mencionó anteriormente, estaba pautada para la sesión anterior; el objetivo central consistió en hacer que cada uno de los cuidadores lograra comparar su visión de la enfermedad y de la muerte con la postura del filósofo Alan Watts; aumentando la aceptación de este tema.

Seguidamente, se realizó la actividad denominada “Aprendiendo a Respirar”. El objetivo era, que los participantes lograran un patrón respiratorio para facilitar la relajación y el control de las emociones. Posteriormente, se realizó la dinámica de las sillas para optimizar los niveles de activación en los cuidadores; esta dinámica estaba pautada luego de la actividad “técnica del científico”, sin embargo, se realizó el cambio, para que los

participantes no perdieran la secuencia de la actividad. Inmediatamente después se realizó el receso.

El segundo bloque de la sesión, inició con la actividad 3, la cual estuvo centrada en dar a conocer y lograr que los cuidadores utilizaran la técnica de la Defusión Cognitiva para evaluar e interactuar con sus pensamientos problemáticos, sin que éstos generaran malestar emocional. Seguidamente, se inició la actividad “Relajándonos” mediante la Relajación Progresiva de Jacobson. Aunque estaba planteada originalmente para desarrollarse en 10 minutos por Mata y García (2016); fue necesario extender el mismo a 30 minutos, además de establecer un protocolo para realizar la actividad (ver manual del facilitador).

Posteriormente, se realizó la actividad “Técnica del Científico”; allí los cuidadores debían imaginar una situación que les generará malestar emocional. Seguidamente se dio continuidad a la Técnica del Científico, denominada “Técnica del Científico-Aceptación”; en esta ocasión, los cuidadores tenían que visualizar situaciones displacenteras e ir disminuyendo la evitación emocional mediante la utilización de la técnica de relajación.

Sesión 3 – Solución de problemas: inició con la psicoeducación sobre el tema, para luego discutir con los participantes aspectos sobre calidad de vida, resiliencia, solución de problemas y su relación con la salud. Una vez culminada esta actividad, se realizó la dinámica “Carrera de Globos” para aumentar la disposición antes de continuar con las actividades. Seguidamente, se discutió con los participantes aspectos formales de la solución de problemas y los pasos a seguir para ponerlo en práctica luego de los 10 minutos correspondientes al receso. Luego los cuidadores identificaron situaciones problemáticas relacionadas con el cuidado de sus pacientes, poniendo en práctica las posibles soluciones. Las situaciones problemáticas utilizadas en la actividad 3, fueron cambiadas, ya que las establecidas en el programa original, se relacionaban con lógica matemática (acertijos) por lo que se decidió reemplazarlas por situaciones de la vida diaria o cotidiana.

Sesión 4 – Valores personales, proyecto de vida y metas para el futuro: esta sesión estuvo dirigida a los valores personales, proyecto de vida y metas para el futuro; inició con el establecimiento de los valores personales en la vida de cada cuidador, seguidamente se realizó la dinámica “Las etiquetas” provocando buen humor en los participantes. El

programa original, planteaba trabajar con “Post-it”, sin embargo, por motivos prácticos y de mejor visualización, se realizó con la presentación de PowerPoint. El cuidador que tenía el turno, debía situarse de espaldas a la pantalla para que con la ayuda de sus compañeros lograra adivinar el personaje escrito.

Posteriormente, se dio paso para que los participantes establecieran metas guiadas por sus valores y definieran los pasos para lograrlas mediante el proyecto de vida, tema incorporado por sugerencia de las autoras principales del programa. Se finalizó la aplicación del programa con la “Metáfora del Pantano” donde los participantes lograban identificar la relación entre sus habilidades personales y sus metas.

Por último, se procedió a realizar la retroalimentación sobre el programa, se entregaron los certificados de participación, como un reconocimiento a los logros cognitivos y afectivos obtenidos durante las cuatro semanas del programa y se efectuó la despedida.

- **Evaluación de las sesiones:** Una vez culminada cada una de las sesiones se les solicitaba a los cuidadores escribir su experiencia durante la misma (Anexo 3).
- **Aplicación del postest:** Posterior a la aplicación del Programa de Intervención, se les solicitó a los participantes que respondieran nuevamente la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Anexo 1).

5.6.3 FASE DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

- **Procesamiento de los datos:** Posterior a la administración del instrumento de medición, se procedió a vaciar los datos en el programa SPSS 23.0 con la finalidad de procesarlos y sacar los estadísticos correspondientes para evaluar los resultados.
- **Análisis Cuantitativo de los datos:** Inicialmente, se realizó un análisis de estadísticos descriptivos, comparando las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de variabilidad para resultados tanto del pretest como del postest. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis mediante la prueba no paramétrica Wilcoxon para muestras relacionadas, con la finalidad de contrastar diferencias significativas entre las medidas del pretest y postest.

- **Análisis Cualitativo de las sesiones y el programa en general:** Se realizó la comparación de los objetivos esperados y obtenidos en cada sesión del programa, además de revisar las evaluaciones realizadas por los participantes.

VI. RESULTADOS

El análisis de resultados de la presente investigación, se encuentra conformado por dos apartados. El primero, relacionado al análisis cuantitativo, muestra los resultados obtenidos en los indicadores de ansiedad y depresión por medio de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), usada antes y después de la aplicación del Programa de Intervención “Cuidando al Cuidador”; además, se exponen los resultados de la entrevista preliminar realizada a los cuidadores. El segundo apartado, conformado por el análisis cualitativo, señala la comparación entre los objetivos esperados y alcanzados en cada sesión del programa así como la valoración social del mismo, reflejada en la opinión de los participantes.

6.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO

6.1.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ESTADÍSTICO ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “CUIDANDO AL CUIDADOR”

A continuación, se muestran los resultados estadísticos, luego de la administración de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) a los participantes antes y posterior a la aplicación del programa. Para la obtención de los estadísticos, tablas y gráficos; los datos fueron cargados al programa estadístico SPSS 23.00.

En primer lugar, se analizaron los estadísticos descriptivos para los indicadores de Ansiedad y Depresión, específicamente las medidas de tendencia central (media, mediana y moda), dispersión (desviación típica, puntajes mínimo y máximo) y distribución (asimetría y curtosis); posteriormente se aplicó una prueba de Wilconxon, para conocer si existieron diferencias significativas entre los resultados del pretest y postest.

6.1.1.1 EFECTOS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “CUIDANDO AL CUIDADOR” EN LOS INDICADORES DE ANSIEDAD

A continuación, se presentan las tablas y figuras correspondientes de los resultados obtenidos de los indicadores de Ansiedad antes y posterior a la aplicación del programa de intervención:

Tabla 1
Estadísticos descriptivos pretest y postest de los indicadores de Ansiedad

		Pretest	Postest
N	Válido	14	14
	Perdidos	0	0
Media		7,07	4,86
Mediana		8,00	5,50
Moda		8	6
Desviación estándar		3,38	2,50
Asimetría		-,252	-,188
Curtosis		-,332	-,889
Mínimo		1	1
Máximo		13	9

En la tabla 1, se puede observar que el total de participantes son 14 cuidadores, presentando en el pretest una $\bar{X} = 7,07$, $s = 3,38$, moda 8 y una mediana de 8,00, indicando esta última que el 50% de los participantes se ubicaron por encima de dicho valor. Asimismo se puede evidenciar en el postest una $\bar{X} = 4,86$, $s = 2,50$, moda de 6 y una mediana de 5,50. Por otro lado, se puede identificar que la asimetría para el pretest (-,252) y postest (-,188) y al ser negativa indica que los valores se encuentran separados de la media en ambos casos. Además tiene una curtosis para el pretest (-,332) y para el postest (-,889) que se comporta como una curva platicúrtica en donde hay un reducido grado de concentración alrededor de los valores centrales.

La Tabla 2, muestra los puntajes obtenidos por los cuidadores, en los indicadores de ansiedad en la aplicación del pretest, se observa que una persona obtuvo el puntaje mínimo de 1 y una persona el puntaje máximo de 13; así mismo la figura 2 representa la agrupación de dichos valores comprobando la asimetría negativa de la distribución.

Tabla 2.
Frecuencia de los puntajes obtenidos en el pretest de los indicadores de ansiedad

Puntaje	Frecuencia (f)
1	1
2	1
4	2
6	1
7	1
6	4
7	1
8	1
9	1
10	1
11	1
13	1

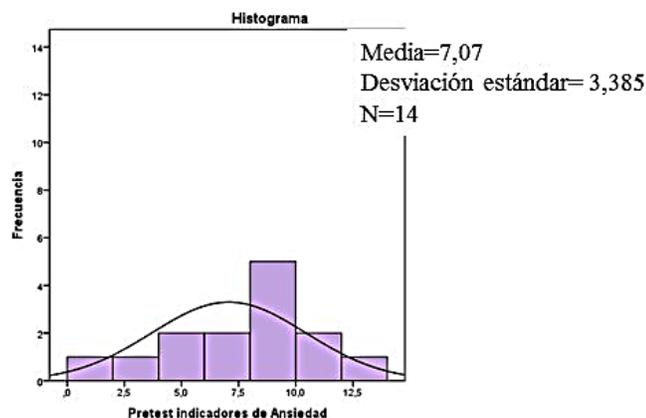


Figura 2. Histograma de la distribución de los puntajes obtenidos en el pretest de los indicadores de ansiedad

Tabla 3.
Frecuencia de los puntajes obtenidos en el postest de los indicadores de ansiedad

Puntaje	Frecuencia (f)
1	2
2	1
3	2
5	2
6	4
7	1
8	1
9	1

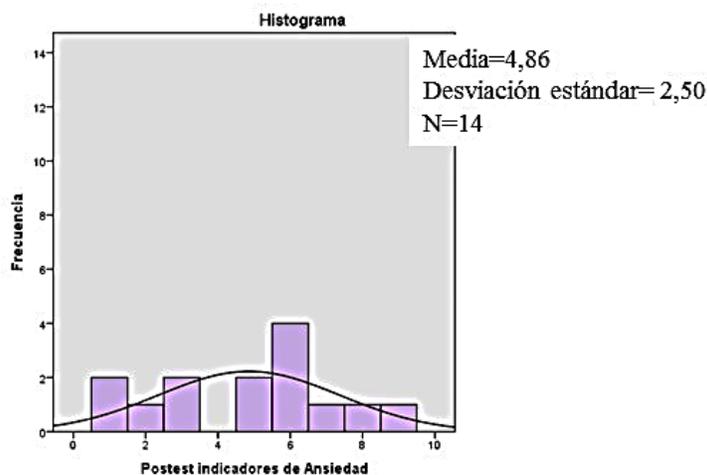


Figura 3. Histograma de la distribución de los puntajes obtenidos en el postest de los indicadores de ansiedad

La Tabla 3, expone los puntajes correspondientes a los indicadores de ansiedad en la aplicación del postest, se observa que dos personas obtuvieron el puntaje mínimo de 1 y una persona el puntaje máximo de 9; de igual forma la figura 3 representa la agrupación de dichos valores comprobando la asimetría negativa de la distribución.

Tabla 4.

Puntajes individuales obtenidos en el pretest y postest en los indicadores de Ansiedad

Iniciales de los participantes	Puntajes pretest	Puntajes postest
LB	2	3
ZA	8	5
MM	1	6
ND	8	8
MZ	8	6
LD	9	6
MU	4	1
AC	4	2
BC	7	6
AR	13	7
CP	11	3
LE	6	1
FH	10	9
XM	8	5

En la tabla 4, se puede evidenciar en la mayoría de los participantes una reducción de los puntajes en los indicadores de ansiedad; observándose la reducción más significativa en los participantes AR y CP, presentando AR en el pretest un puntaje de 13 y para el postest un puntaje de 3; por su parte, CP obtuvo un puntaje de 11 en el pretest y en el postest 3 puntos. Resulta

importante destacar el caso de MM, quien obtuvo puntaje de 1 y 6, en el pretest y postest respectivamente; sin embargo, MM al finalizar el programa tenía a su paciente (hija) hospitalizada, lo que puede explicar el incremento en los niveles del indicador de ansiedad.

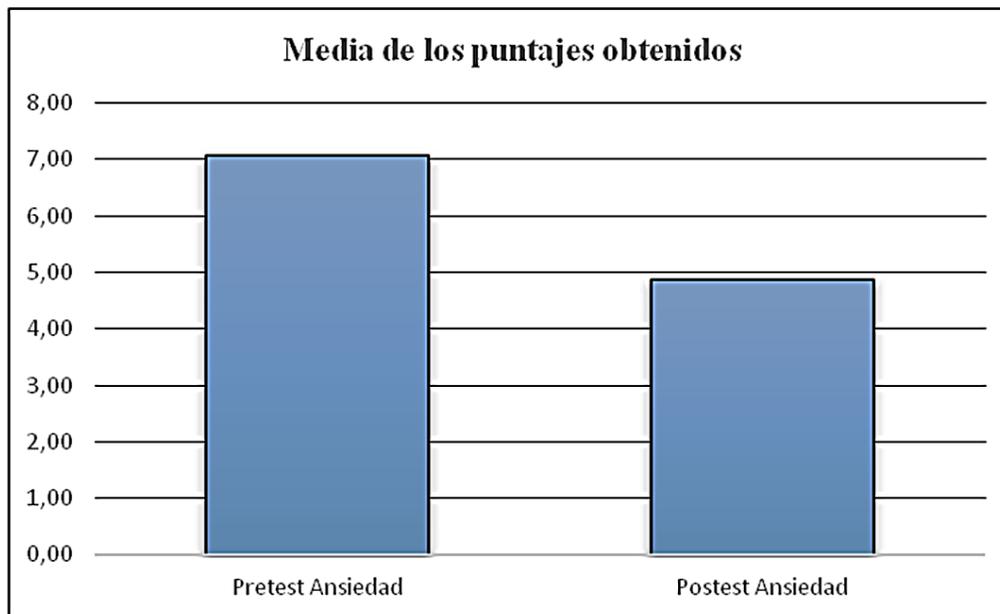


Figura 4. Media de los puntajes obtenidos en pretest y postest de los indicadores de Ansiedad

La figura 4, representa la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos antes y posterior a la aplicación del programa, como se puede observar la media de los puntajes del pretest es mayor a la media obtenida en el postest, es decir, ocurre una disminución en los indicadores de Ansiedad en los cuidadores; por lo tanto, se puede inferir que dicha disminución es producto de la intervención del programa “Cuidando al Cuidador”.

6.1.1.2 EFECTOS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “CUIDANDO AL CUIDADOR” EN LOS INDICADORES DE DEPRESIÓN

A continuación, se presentan las tablas y figuras correspondientes a los resultados obtenidos en los indicadores de Depresión antes y posterior a la aplicación del programa de intervención:

Tabla 5.

Estadísticos descriptivos pretest y postest de los indicadores de Depresión

		Pretest	Postest
N	Válido	14	14
	Perdidos	0	0
Media		4,29	4,07
Mediana		5,00	4,00
Moda		5	5
Desviación estándar		2,12	2,26
Asimetría		-,156	,405
Curtosis		-,604	-,563
Mínimo		1	1
Máximo		8	8

La Tabla 5, muestra los estadístico descriptivos, correspondientes a los indicadores de Depresión. En dicha tabla, se puede observar, participación de 14 cuidadores. En relación al pretest, el grupo obtuvo una $\bar{X} = 4,29$, $s = 2,12$ y mediana de 5,00.; mientras que para el postest, los resultados arrojaron una $\bar{X} = 4,07$, $s = 2,26$, y mediana de 4,00. Por otro lado, se puede identificar que la asimetría para el pretest (-,156) es negativa, indicando que los valores se encuentran separados de la media; por el contrario, para el postest (,405) se obtuvo una asimetría positiva, es decir, que los valores se encuentran cercanos a la media. Por último, se evidencia una curtosis para el pretest (-,604) y para el postest (-,563) mostrándose como una curva platicúrtica en donde hay un reducido grado de concentración alrededor de los valores centrales.

Tabla 6.
Frecuencia de los puntajes obtenidos en el pretest de los indicadores de depresión

Puntaje	Frecuencia
1	2
2	2
4	2
5	5
6	1
7	1
8	1

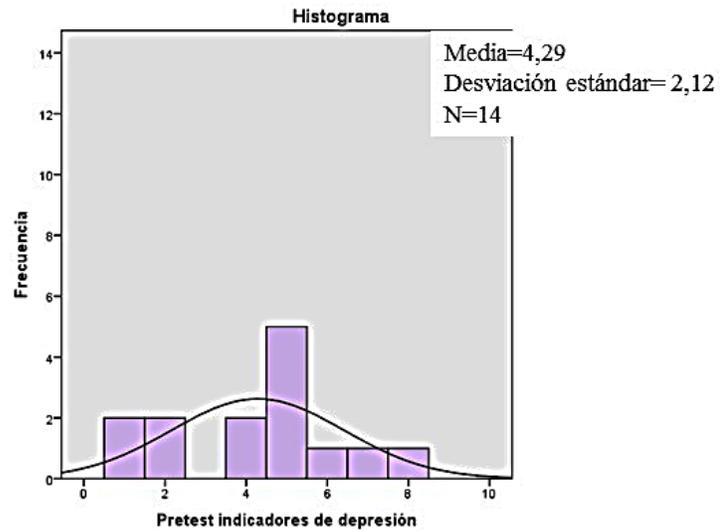


Figura 5. Histograma de la distribución de los puntajes obtenidos en el pretest de los indicadores de depresión

La Tabla 6, expone los puntajes obtenidos en los indicadores de Depresión en la aplicación del pretest. Se observa, que dos personas obtuvieron el puntaje mínimo de 1 y una persona el puntaje máximo de 8. Asimismo, se expresa en la Figura 5, comprobando la asimetría negativa de la distribución.

Tabla 7.
Frecuencia de los puntajes obtenidos en el postest de los indicadores de depresión

Puntaje	Frecuencia
1	2
2	2
3	2
4	2
5	3
6	1
8	2

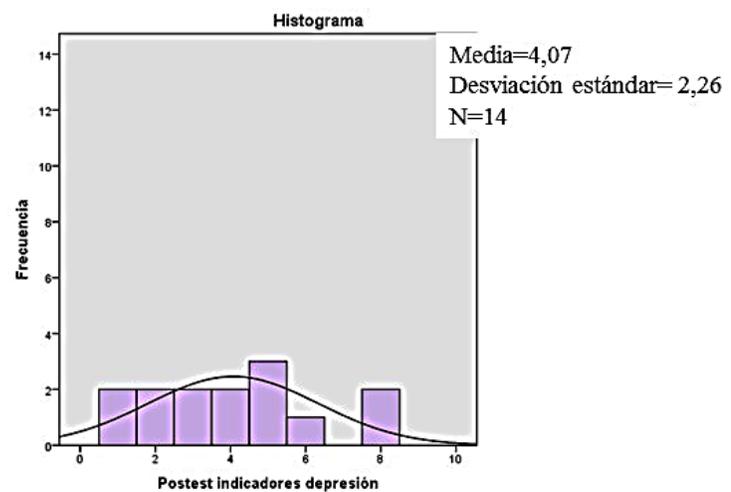


Figura 6. Histograma de la distribución de los puntajes obtenidos en el postest de los indicadores de depresión

En la Tabla 7, se observan las frecuencias de los puntajes obtenidos en los indicadores de depresión en la aplicación del postest. Al igual que en el pretest, dos personas obtuvieron el puntaje mínimo de 1, mientras que para el postest dos participantes obtuvieron el puntaje máximo de 8. La figura 6, representa la agrupación de dichos valores comprobando la asimetría positiva de la distribución.

Tabla 8.

Puntajes individuales obtenidos en el pretest y postest de los indicadores de depresión

Iniciales de los participantes	Puntajes pretest	Puntajes postest
LB	1	1
ZA	2	3
MM	1	4
ND	8	4
MZ	5	5
LD	5	8
MU	4	6
AC	5	5
BC	2	3
AR	5	8
CP	6	1
LE	5	5
FH	7	2
XM	4	2

La Tabla 8, muestra los puntajes individuales obtenidos por los participantes en los indicadores de depresión; observándose disminución en los valores en cuatro cuidadores (ND,

CP, FH y XM). Asimismo, se notó un incremento en los puntajes de 6 de ellos (ZA, MM, LD, MU, BC y AR), sin embargo, según la escala, la mayoría de estos valores se mantienen dentro del rango considerado normal (0-7). Los cuatro cuidadores restantes, conservaron el mismo valor en el pretest y postest.

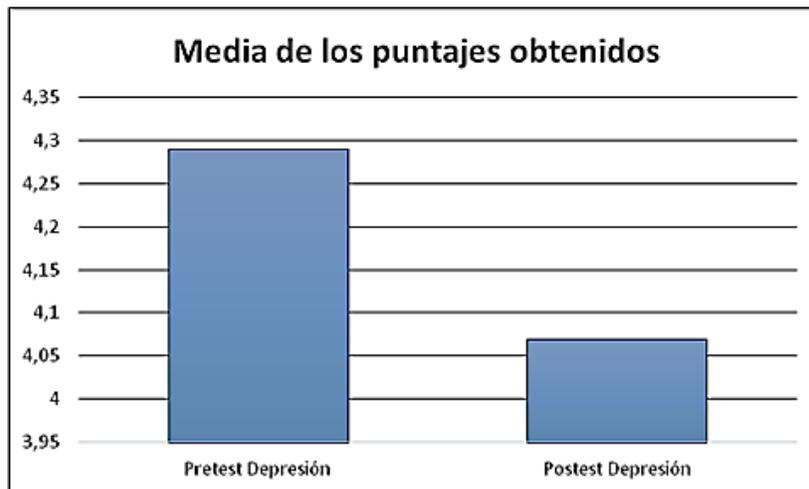


Figura 7. Media de los puntajes obtenidos en pretest y postest de los indicadores de Depresión

La Figura 7, representa la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos antes y posterior a la aplicación del programa, como se puede observar la media de los puntajes del pretest es mayor a la media obtenida en el postest, es decir, ocurre una disminución de los niveles de los indicadores de Depresión en los cuidadores; sin embargo, es importante destacar que la mayor parte de los valores previo y posterior al programa, se encuentran dentro del rango normal para este indicador (0-7).

6.1.1.3 EFECTOS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “CUIDANDO AL CUIDADOR” CONTRASTE DE LOS PUNTAJES (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN)

El siguiente apartado expone las comparaciones realizadas por los puntajes de pre y postest, de los indicadores de ansiedad y depresión, considerando las características de los datos se procedió a utilizar una prueba no paramétrica. A continuación, se muestran sus resultados:

Tabla 9.

Rangos para prueba Wilcoxon (Pretest y Postest)

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Pretest Ansiedad – Postest Ansiedad	Rangos negativos	2 ^a	6,25	12,50
	Rangos positivos	11 ^b	7,14	78,50
	Empates	1 ^c		
	Total	14		
Pretest Depresión – Postest Depresión	Rangos negativos	6 ^d	4,08	24,50
	Rangos positivos	4 ^e	7,63	30,50
	Empates	4 ^f		
	Total	14		

- a. Pretest Ansiedad < Postest Ansiedad
 b. Pretest Ansiedad > Postest Ansiedad
 c. Pretest Ansiedad = Postest Ansiedad
 d. Pretest Depresión < Postest Depresión
 e. Pretest Depresión > Postest Depresión
 f. Pretest Depresión = Postest Depresión

Para analizar la Tabla 9, es necesario saber cómo se distribuyen los resultados. Los rangos diferenciados, se muestran en tres categorías. En primer lugar, los rangos negativos indican los casos donde la puntuación del pretest es mayor al postest, seguidamente los rangos positivos muestran que la puntuación del pretest es menor al postest y por último, los puntajes similares, es decir, la puntuación del pretest es igual al postest. En este sentido, para el indicador de Ansiedad se puede observar que existen dos rangos negativos, que reflejan que las puntuaciones del pretest fueron mayores en comparación con el postest; mientras que se muestran 11 rangos positivos es decir, que las puntuaciones del pretest fueron menores que las del postest, por último, sólo se presentó un caso donde las puntuaciones fueron iguales antes y después del programa.

Por otro lado, para el caso de los indicadores de depresión, la Tabla 9, muestra la existencia de 6 rangos negativos, es decir, la puntuación del pretest es mayor al postest, posteriormente se

presentan 4 rangos positivos, indicando que la puntuación del pretest es menor al postest; para finalizar se presentan 4 casos en los que las puntuaciones del pretest son iguales al postest.

Tabla 10.

Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas (Pretest-Postest)

		Pretest	
		Pretest Ansiedad	Depresión – Postest
		– Postest Ansiedad	Depresión
Z		-2,318 ^b	-,307 ^b
Sig.	asintótica	,020	,759
(bilateral)			

La tabla presentada anteriormente, muestra la existencia de diferencias significativas entre los puntajes del pretest y postest. En la presente investigación, se evidencia en los indicadores de la ansiedad una $Z=-2,318$ y $p<(0,05)$ ($p=0,020$) por lo cual, se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias del pretest y postest.

Por el contrario, en el caso de los indicadores de depresión, la Tabla 10 presenta una $Z=-,307$ y $p>(0,05)$ ($p=0,759$) por lo tanto, se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias del pretest y postest.

6.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

6.2.1 EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “CUIDANDO AL CUIDADOR”

En este apartado, se presenta la evaluación del programa “Cuidando al Cuidador” en base a los objetivos planteados para cada una de las actividades.

6.2.1.1 EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA “CUIDANDO AL CUIDADOR”

Tabla 11.

Evaluación de los objetivos específicos de cada sesión

Sesión 1: Aceptación y compromiso			
Actividad	Evaluación	Esperado	Obtenido
Dinámica 1: Conociéndonos	Que el 100% de los participantes logren expresar sus conocimientos sobre algún integrante del grupo mediante frases como: “su nombre es”, “le gusta”, “trabaja en”, entre otras.	100%	100%
Dinámica 2: Expectativas y normas	Que el 100% de los participantes expresen sus expectativas con respecto al taller con frases como: “espero aprender a.”, “quiero lograr”, “deseo adquirir herramientas para”; y además que establezcan las normas del taller mediante verbalizaciones tales como: “creo que en este taller deberíamos tener una norma para”, “una norma puede ser”.	100%	100%
Actividad 1: Metáfora del jardinero	Que todos los participantes logren reportar como se han visto afectados emocionalmente con frases como: “He perdido el interés en ciertas actividades”, “Me siento triste”, “He descuidado algunas áreas de mi vida”, entre otras.	100%	100%
Actividad 2: Metáfora de las arenas movedizas	Que todos los participantes logren expresar el significado de evitación emocional y como aplican ellos esta estrategia mediante frases tales como: “para mí la evitación	100%	100%

	emocional es”, “cuando yo me siento triste o me siento deprimido siempre hago”, “cuando tengo miedo busco”, entre otras.		
Sesión 2: Aceptación y Compromiso II			
Dinámica 1: Comprender la muerte	Que el 100% de los participantes logren comparar su visión sobre la muerte con la postura del filósofo Alan Watts al expresar: “estoy de acuerdo con el filósofo en que”, “yo difiero de lo dicho en el video porque”, “yo que creo que la muerte es”.	100%	100%
Actividad 1: Aprendiendo a respirar	Que el 100% de los participantes, reporten una reducción de tensión percibida en relación al nivel inicial mediante una escala análogo-visual.	100%	100%
Actividad 2: Venciendo el pensamiento	Que todos los participantes reporten haber conseguido distanciarse emocionalmente de sus propios sentimientos gracias a la actividad, expresando frases como: “no me sentí triste mientras hacia el ejercicio”, “visualice el pensamiento pero no me afectó”, entre otras.	100%	100%
Dinámica 2: Las sillas	Que el 100% de los participantes realicen movimientos vigorosos, se rían, interactúen entre ellos y expresen verbalmente estados de ánimo tales como: “que divertido”, “me siento activado”, entre otras y manifiestan lo que aprendieron con frases tales como: “Aprendí que”, “Lo que más disfrute hoy fue”, “En la segunda parte del taller trataré de”.	100%	100%

Actividad 3: Relajándonos	Que el 100% de los participantes, reporten una reducción de tensión percibida en relación al nivel inicial mediante una escala análogo-visual.	100%	100%
Actividad 4: Técnica del científico	Que el 80% de los participantes reporten imaginar una situación que les preocupa o les causa malestar.	80%	100%
Actividad 4.1: Técnica del científico. Aceptación	Que el 80% de los participantes logren experimentar los pensamientos displacenteros disminuyendo la evitación emocional, al tiempo que mantiene un estado de relajación medido a través de una escala análogo visual.	80%	80%
Sesión 3: Solución de problemas			
Actividad 1: Psicoeducación	Que todos los participantes respondan correctamente el 80% o más de las preguntas plasmadas en el Formato de Evaluación n° 1 que se presenta en la presentación PowerPoint.	100%	100%
Dinámica 1: Carrera de globos	Que el 100% de los participantes, inflen los globos y se sienten sobre ellos hasta finalizar la competencia.	100%	100%
Actividad 2: Pasos para la solución de problemas	Que todos los participantes respondan correctamente el 80% o más de las preguntas plasmadas en el Formato de Evaluación n° 2 que se presenta en la presentación PowerPoint.	100%	100%
Actividad 3: Ejercitando lo aprendido	Que el 100% de los participantes, solucionen efectivamente el problema asignado por los facilitadores.	100%	100%

Actividad 4: Identificando situaciones problemáticas	Que el 100% de los participantes, identifiquen al menos 2 situaciones problemáticas personales relacionadas con el cuidado del paciente con cáncer en las cuales puedan usar los pasos de la solución de problemas.	100%	100%
Actividad 5: Solucionando problemas	Que el 100% de los participantes, logre aplicar los pasos de la solución de problemas correctamente al decidir estrategias a usar en situaciones problemáticas relacionadas con el cuidado del paciente con cáncer.	100%	100%
Sesión 4: Valores personales, proyecto de vida y metas para el futuro			
Actividad 1: Valores personales	Que todos los participantes logren identificar sus valores para el 80% de las áreas de su vida.	100%	100%
Dinámica 1: Las etiquetas	Que el 100% de los participantes logren identificar al personaje asignado por los facilitadores.	100%	100%
Actividad 2: Mis metas para el futuro	Que todos los participantes logren diseñar pasos viables para al menos dos de sus metas y exponen una al grupo.	100%	100%
Actividad 3: Metáfora del pantano	Que todos los participantes logren identificar cómo aplica la metáfora en su situación.	100%	100%
Dinámica 2: Retroalimentación y despedida	Que el 100% de los participantes emitan expresiones verbales tales como "Logré", "Aprendí", "Me comprometo a", entre otras, que den evidencia que hubo logros cognitivos y afectivos.	100%	100%

En la tabla 11, puede observarse la comparación entre los resultados esperados y obtenidos de los objetivos propuestos para el Programa “Cuidando al Cuidador”. En total se realizaron 22 evaluaciones, siendo satisfactorias el 100% de ellas; dichos resultados confirman la efectividad y eficacia del programa.

6.2.1.2 EVALUACIÓN EMITIDA POR LOS PARTICIPANTES

Al final de cada sesión, se realizó una evaluación, solicitando a los participantes escribir su impresión sobre el contenido visto, utilidad de lo aprendido, entre otros. A continuación, se presentará el verbatim de algunos participantes en cada una de las sesiones. Las evaluaciones restantes se pueden encontrar en el anexo 3.

Tabla 12.

Evaluación emitida por los participantes Sesión 1: Aceptación y Compromiso

Evaluaciones de los participantes – Sesión Aceptación y Compromiso	
“La actividad realizada el día de hoy fue excelente, las jóvenes encargadas del dar el taller lo hicieron muy bien, aplicando las herramientas requeridas en las personas que participamos”	B.C.
“Me pareció excelente porque permitió: un momento de reflexión, conocer nuevas amistades, saber que tengo otras soluciones a mis problemas y crear una mañana agradable”	A.C.
“Necesaria para relacionarse ya que pudiéramos atravesar la misma situación (aunque existen diferencias en entornos familiares), nos podemos ayudar y fortalecer unos a otros, para apoyarnos y conseguir la victoria en esta batalla”	M.U.
“Bueno en esta primera reunión, me sentí muy contenta porque aprendí muchas cosas buenas y fue agradable compartir y conocer cómo ayudar a otros que también lo necesitan gracias a Dios porque pone en ustedes el deseo de ayudar y enseñarnos”.	L.E.

Tabla 13.

Evaluación emitida por los participantes Sesión 2: Aceptación y Compromiso II

Opiniones de los participantes – Aceptación y Compromiso II	
“Muy buena la actividad de hoy, aprendí actividades de relajación muy completas, las dinámicas aplicadas muy buenas. Felicitaciones por su facilidad en el manejo de los grupos y situaciones. Gracias”	F.H.
“Excelentes las dinámicas, las felicito de verdad Dios quiera que se puedan aplicar en esta institución y en otras, son de mucha ayuda”	X.M.
“Muchas gracias, la jornada de hoy gratificante, educativa y amena”	Z.A.
“Fue muy importante esta experiencia de hoy ya que en ella realizamos unas terapias de relajación y en ella, podemos sentir como manejar nuestra tensión en la parte emocional de nuestro día a día y poder aportar algo a nuestros pacientes”	M.Z.

Tabla 14.

Evaluación emitida por los participantes Sesión 3: Solución de problemas

Evaluación de los participantes – Solución de problemas	
“La actividad de hoy fue muy buena”	M.M.
“Es muy importante reforzar valores, ya que a medida que uno persevera se encuentra en una inteligencia sana emocional, va a tomar decisiones, segura, confiada y oportunas”	M.U.
“Toda actividad deja un aprendizaje, tengo otro instrumento en mis manos para usarlo en el bien propio y de terceros”	A.C.
“Hoy me siento feliz por este logro, gracias a Dios y a las profesoras que me han ayudado con su enseñanza, he aprendido mucho sobre todo como atender a los que sufren, muy agradecida”	L.E.

Tabla 15.

Evaluación emitida por los participantes Sesión 4: Valores personales, proyecto de vida y metas para el futuro

Evaluaciones de los participantes – Valores personales y metas para el futuro	
“Este taller me pareció muy bueno, aprendí herramientas para mejorar mis condiciones como cuidador, comprendí que hay que ponerse en lugar del enfermo y tener mucha paciencia, el grupo de compañeros excelente y a las facilitadoras felicitaciones”	F.H.
“Estoy muy agradecida por haber tenido la posibilidad de participar en el taller, aprendí muchas cosas que están ayudando a pasar esta situación, puedo aplicar las herramientas de relajación que me ayudan a sentirme mucho mejor y a su vez a mi familiar”	A.R.
“Agradecida con ustedes por las herramientas que nos suministraron para ayudarnos a superar esta etapa de nuestras vidas. Las cuales nos van a servir para ser aplicadas en el día a día. A las facilitadoras demostraron ser personas muy dedicadas y profesionales en su área. Quisiera que muchos hospitales e instituciones contaran con esta ayuda”	Z.A.
“Recibí datos y herramientas favorables para mi actividad como cuidador y como cuidarme para brindar una mejor ayuda a mi familiar. El refrescamiento en plazos de estas actividades es aconsejable para retomar lo que no estamos practicando, considero dejé aprendizaje en mí y debe aplicarse continuamente con otros grupos”	A.C.

Las tablas presentadas anteriormente permiten observar las valoraciones de los participantes, en cada una de las sesiones y del programa en general, evidenciando, una evaluación favorable, lo cual confirma la aprobación de los contenidos, dinámicas, herramientas, así como la eficiencia y efectividad del programa “Cuidando al Cuidador”.

VII. DISCUSIÓN

En el siguiente apartado se realizará el contraste de los resultados obtenidos en el capítulo anterior, tomando en cuenta el objetivo general de esta investigación, así como, los objetivos específicos.

Antes de aplicar el programa y siguiendo las recomendaciones de Mata y García (2016), quienes indicaron la necesidad de reestructurar el programa “Cuidando al Cuidador”, aumentando el número de sesiones con una duración de tiempo menor; con la finalidad de evitar la fatiga en los cuidadores; considerando que el diseño inicial constaba de dos sesiones con una duración de 06 horas cada una; por lo cual, se procedió a dividir el programa en cuatro sesiones con una duración aproximada de 4 horas. Así mismo, se elaboró un manual del facilitador (Anexo 2) y un cuaderno de trabajo para los cuidadores (Anexo 5), para guiar la realización de cada una de las actividades. Tomando en cuenta las recomendaciones de las autoras, se incluyó un apartado referido al proyecto de vida, con el objetivo de facilitar el planteamiento y organización de metas futuras.

La aplicación del programa se realizó en cuatro sesiones, una semanal; las cuales fueron impartidas en la sala de conferencias del Complejo Hemato-Oncológico y de Radiocirugía Dr. Domingo Luciani del Llanito, con la asistencia inicial de 24 cuidadores, sin embargo, no todos lograron completar las 4 sesiones, por motivos relacionados con el estado de salud de los pacientes que tenían a su cargo; contando con una asistencia definitiva de 14 cuidadores que lograron cumplir el número previsto de sesiones.

Durante la aplicación se efectuaron actividades tales como: psicoeducación, exposiciones teóricas, dinámicas rompe-hielo y activación, así como, las evaluaciones para comprobar la efectividad del programa. Antes de iniciar los aspectos relacionados al contenido teórico, se realizó una dinámica para conocer las expectativas de los cuidadores, siendo satisfactorias según el reporte de ellos, una vez finalizado el programa o las sesiones.

Para poder identificar los indicadores de ansiedad y depresión, así como, los efectos producidos por el programa, fue necesario comparar indicadores de ansiedad y depresión antes y posterior a la aplicación del mismo. Para lo cual, fue utilizada la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). Encontrándose en el indicador de Ansiedad, cambios significativos;

presentándose una reducción en las puntuaciones de la escala, lo que comprueba la efectividad del programa en la reducción de los niveles de ansiedad en los cuidadores.

Del mismo modo, al examinar los resultados del indicador de Depresión, se pudo evidenciar una reducción en las puntuaciones individuales, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en los resultados del pretest y postest. En algunos casos, ocurrió un aumento en las puntuaciones individuales, esto pudiera explicarse al hecho abordar temas como la muerte, además de la constante imaginación de situaciones desagradables. Las altas puntuaciones en los niveles de ansiedad también se pueden explicar, por la situación política que se vive en el país desde hace tiempo, lo que, por reportes verbales de los cuidadores, dificulta la obtención de medicamentos y alimentos especiales para los pacientes. Por ello, los cuidadores se ven en la necesidad de una constante e infructuosa búsqueda, llegando en algunos casos a tener que trasladarse al exterior (dos de los cuidadores durante el programa viajaron a Cúcuta, para comprar los medicamentos para las quimioterapias), para lograr cumplir con las demandas del paciente, con costos que superan sus posibilidades económicas, pudiendo ocasionar préstamos y deudas, lo que desencadena preocupaciones y angustia en ellos.

Asimismo, para comprobar el logro en los objetivos específicos de cada sesión del programa, se contrastó los resultados esperados y obtenidos, evidenciando que los mismos fueron cumplidos en un 100%, lo cual afirma que el programa cumplió el propósito para el cual fue planteado y en consecuencia puede seguir aplicándose en esta población.

Finalmente, para validar socialmente los efectos del programa “Cuidando al Cuidador”, se consultó a los cuidadores al culminar cada sesión, sobre la calidad, contenido, actuación de las facilitadoras, cumplimiento de sus expectativas, apreciación sobre el programa (Anexo 3), obteniendo siempre, impresiones favorables; confirmando a su vez la efectividad y eficacia del mismo.

VIII. CONCLUSIONES

Ser cuidador es una tarea que suele tomar por sorpresa a quien debe ejercerla, ya que pocas veces se está preparado para asumir esta labor, provocando dificultades físicas y emocionales ante este reto. La situación, suele complicarse aún más, si se es cuidador de un paciente oncológico, por ser una enfermedad socialmente estigmatizada como amenazante y fatal, motivo por el cual se ha convertido en una de las enfermedades más temidas por su impacto a nivel físico, emocional, económico y social para, quien es diagnosticado como, para su entorno familiar, llevándolos a experimentar cambios drásticos en sus vidas.

El cuidador vive la experiencia frente al cáncer tanto como el paciente, en medio de su labor sufre, se enferma, se deprime, se agota, se siente impotente, no sólo por ver las consecuencias que los tratamientos y la enfermedad pueden producir en el enfermo, sino por las implicaciones económicas, laborales, sociales, familiares que influyen directamente en él, debiendo abandonar su rutina, para en medio de la turbulencia de esta enfermedad planificar un nuevo proyecto para su vida y la del paciente.

Estar sometido a esta situación durante tiempo prolongado, donde en muchas ocasiones el proveedor de cuidado termina olvidando sus propias necesidades para atender las del enfermo, va produciendo en éste consecuencias físicas como dolores musculares, cefaleas, alteraciones del sueño, pérdida o aumento del apetito y peso, fatiga, problemas cardiovasculares y gastrointestinales, entre otros; así como psicológicos entre ellos estrés, ansiedad, depresión, sentimientos de frustración, apatía e irritabilidad; los cuales además de poner en riesgo su salud y hasta su propia vida, pueden repercutir en la calidad de atención y en la relación entre cuidador-paciente.

Sin embargo, pese a todas las dificultades que el cuidador debe afrontar, éstos reportan que pocas veces se les brinda apoyo en las instituciones a las que suelen acudir con el paciente, dado que la atención, siempre suelen dársela al enfermo sin considerar, que ellos también son afectados por la enfermedad y sus consecuencias, lo cual puede repercutir de manera directa en su rol como cuidador.

Ante esta necesidad, han surgido programas de apoyo al cuidador y familia del paciente, que pueden ir desde intervenciones educativas, las cuales proveen información sobre la

enfermedad, así como intervenciones conductuales en las que se imparten principios básicos de la modificación de conducta para el manejo de pacientes que padecen alteraciones comportamentales y además intervenciones en las que se brinda apoyo psicológico cuyo objetivo es lograr que el cuidador identifique y comprenda las emociones que experimenta, logre aceptar, discriminar herramientas y formas para abordar el problema reduciendo así, el malestar emocional que la situación puede provocar como la depresión y la ansiedad.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha sido usada como una forma de reducir el malestar emocional que genera una enfermedad como el cáncer no sólo en los pacientes sino en los cuidadores, trabajando con ellos la identificación de sus patrones de evitación experiencial y brindándoles la alternativa de la aceptación de emociones, pensamientos y sensaciones y al mismo tiempo ayudándolos a visualizar sus valores, los cuales servirán de impulso para continuar adelante con su rol de cuidador.

Considerando que los cuidadores deben enfrentarse con diversidad de situaciones problemáticas que a menudo pueden desbordar su capacidad para resolverlos, incrementando en ellos la posibilidad de sufrir ansiedad y depresión; ha resultado conveniente el uso de la Terapia de Solución de Problemas (PST); la cual provee herramientas que facilitan el manejo de estas situaciones e incrementa en quienes la practican las estrategias y habilidades para solucionarlas, al tiempo que proporciona bienestar, reduce la tensión emocional, genera mayor confianza para resolver problemas, aumentando la posibilidad de buscar ayuda y apoyo en otros, alternativa que inicialmente suele ser rechazada por esta población.

El programa “Cuidando al Cuidador” diseñado por Mata y García (2016), ofrecía ambas terapias, sin embargo, no había sido aplicado para comprobar sus efectos. Motivo por el cual, surgió esta investigación, posterior a realizar los ajustes recomendados por las autoras; se comprobaron sus efectos en los indicadores de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes oncológicos; mostrando ser efectivo en la reducción de estos valores, así como su pertinencia y adecuación para tal fin, según lo expresado por los mismos cuidadores; por lo que debería ser incluido como programa de intervención para esta población.

IX. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A continuación, se dan a conocer las limitaciones más importantes que tuvieron influencia sobre la presente investigación:

- La participación de los cuidadores estaba condicionada al estado de salud del paciente, lo que generó que varios cuidadores dejaran de asistir a las sesiones del programa, dada la condición del enfermo.
- La complejidad de permanecer durante el tiempo de aplicación de las sesiones, debido a que los cuidadores debían abandonar por momentos la sala de conferencias para retirar en la unidad de farmacia los medicamentos que el paciente debía recibir en casa.
- La dificultad para asistir al complejo una vez a la semana, debido a que, muchos cuidadores (la mayoría del interior del país) solo acuden al Complejo cuando acompañan al familiar a recibir tratamiento, observándose que muchos de los cuidadores que se encontraban interesados en participar solo asistían cada 21 días, por lo cual, solo lograron participar en una sesión, siendo imposible contar con ellos para el análisis de resultados.
- Al momento de realizar la entrevista preliminar, se evidenció temor por parte de los cuidadores al responder a la interrogante de si presentaban ansiedad y/o depresión, aunque conductualmente se podían observar algunos indicadores.
- El tiempo previsto para algunas actividades se alargaba debido a que cada uno de los cuidadores quería compartir su experiencia.
- La dificultad para realizar la fase de seguimiento, anteriormente se había pautado una fecha con los cuidadores, las facilitadoras y la psicóloga de la institución, sin embargo, las circunstancias políticas y sociales que actualmente vive el país impidieron el traslado al recinto.

En función de las limitaciones mencionadas anteriormente se precisan las siguientes recomendaciones para futuras investigaciones:

- Se considera importante evaluar las condiciones de salud del paciente, para que la constancia del cuidador a las sesiones no se vea afectada por ello.
- Para próximas investigaciones se propone aplicar el programa de intervención “Cuidando al Cuidador” en otras instituciones, esto de acuerdo a la opinión de las facilitadoras y el

reporte de los cuidadores al finalizar el programa. Asimismo, con la finalidad de verificar su eficacia en otras poblaciones.

- Del mismo modo, se propone aplicar el programa de intervención “Cuidando al Cuidador” en cuidadores de otras enfermedades crónicas.
- Se recomienda incorporar a las actividades, un espacio al finalizar cada sesión, para que los cuidadores compartan sus experiencias y esto no interfiera con el tiempo de las actividades.
- Aplicar el programa en cuidadores con niveles más altos de depresión para comprobar si existen diferencias significativas en esta variable.
- Realizar una fase de seguimiento con la finalidad de corroborar las metas planteadas por los cuidadores como Proyecto de Vida.
- Incorporar de manera frecuente a las instituciones hospitalarias, este programa permitiendo que toda la población tenga acceso a las estrategias brindadas.
- Se recomienda la realización de un programa de intervención en donde puedan interactuar cuidador y paciente, con la finalidad de mejorar su comunicación y brindar estrategias para el día a día.
- Del mismo modo, resulta conveniente llevar a cabo investigaciones que construyan el perfil del cuidador, facilitando así la tarea de determinar, que personas serían las más idóneas para ejecutar esta labor dentro de la familia o red de apoyo social del paciente.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alfaro, O., Morales, T., Vásquez, F., Sánchez, S., Ramos, B. y Guevara, U., (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46 (5), 485-494.
- Areán, P. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 8 (3), 547-560.
- Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juárez, N. y Villaseñor, S. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6 (11), 2-14.
- Baeza, J., Balaguer, C., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Bevans, M. y Sternberg, E. (2012). Caregiving burden, stress and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, 307 (4), 398-403.
- Bonilla P., Hidalgo M., y Kamel M. (2012). *Manual de Cuidados Paliativos para el Primer Nivel de Atención*. Caracas: Sociedad Venezolana de Medicina Paliativa.
- Boubeta, A. y Mallou, J. (2014). *Estadística práctica para la investigación en ciencias de la salud*. La Coruña: Netbiblo.
- Caqueo, A., Segovia, P., Urrutia, Ú., Castillo, C., y Lechuga, E. (2013). Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 10(1), 95.
- Carrillo, G., Ortiz, L., Herrera, B., Carreño, S., y Díaz, L. (2014). Efecto del programa de habilidad de cuidado para cuidadores familiares de niños con cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*, 18(1), 18-26.
- Cerquera, A., Granados, F. y Buitrago, A. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1), 35-45.

- Correa, S., Puerta, A. y Restrepo, B. (1996). *Especialización en teorías métodos y técnicas de investigación social: Investigación evaluativa*. Arfo. Bogotá.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid, Editorial Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Cueto, H., Ortega, E., Bustillo, R., Suárez, K., Polo, D. y Prieto, A. (2013). Cuidadores familiares de niños con cáncer y su funcionalidad. *Salud Uninorte*, 29(2), 249-259.
- De la Huerta, R., Corona, J., y Méndez, J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Neurol Neurocir Psiquiat*, 39(1), 46-51.
- Del Castillo, O., Morales, T., Vázquez, F., Sánchez, S., Río, R. y Guevara, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 46(5), 485-494.
- Dirección General de Políticas Sociales del Gobierno de Cantabria (2008). *Cuidar y cuidarte, es más fácil... si sabes cómo. Guía para cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia*. Cantabria: Tanaalta.
- Domínguez, J., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J. e Izquierdo, M. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 38(1), 16-23.
- Espinosa, X., González, M. y Zani, B. (2015). Las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en la familia del paciente oncológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 497-515.
- Espinoza-Salgado, F., Reyes-Lagunes, I., Velasco-Rojano, E., Bravo-González, M. y Ramírez-Ramírez, A. (2017). Escala de estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14(1), 121-136.
- Expósito, L. (2004). *Análisis cientimétrico, conceptual y metodológico de la investigación española sobre evaluación de programas educativos*. Granada: Universidad de Granada.

- Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3), 0-0.
- Fernández, M. (2011). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47(006).
- Ferré, C., Sevilla, M., Boqué, M., Aparicio, M., Valdivieso, A. y Lleixá, M. (2012). Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. *Atención Primaria*, 44(12), 695-701.
- Garassini, M. (2016). Los cuidadores de pacientes con cáncer: aprendizajes y recomendaciones a las familias, sociedades y centros de salud. *Psicología y Salud*, 26(2), 161-175.
- Hayes, S. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso*. Desclée De Brouwer.
- Hernández, Z. (2006). Estudio exploratorio sobre el proyecto de vida en el adulto mayor. *Psicología y Salud*, 16(1), 103-110.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. DF. México: McGrawGill.
- Iñesta, E. (2005). ¿Qué es lo que se debe medir en psicología? La cuestión de las diferencias individuales. *Acta Comportamental*, 13(1), 37-52.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. DF, México: McGraw Hill Interamericana.
- Lazarus y Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Madrid, España: Martínez Roca.
- Llach, X., Suriñachb, N., y Gamisansb, M. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Atención primaria*, 34(4), 170-177.
- Losada, A., Márquez, M., Romero, R., López, J., Fernández, V. y Nogales, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con

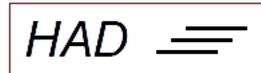
- demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26(1), 41-48.
- Lozano, M., Livianos, L., Pino, M. y Sierra, P. (2008). *Trastorno bipolar psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos*. Valencia, España: Club Universitario.
- Luciano, M., Valdivia, S., Gutiérrez, O. y Páez, M. (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Edupsykhé*, 5(2), 173-201.
- Luciano, M. y Valdivia M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Martínez, M. F., Villalba, C., y García, M. (2001). Programas de respiro para cuidadores familiares. *Intervención Psicosocial: Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 10(1), 7-22.
- Mata, A. y García, G. (2016). “Cuidando al cuidador” programa de intervención conductual orientado a la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes oncológicos. Tesis de licenciatura no publicada, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Mesa, P., Ramos, M. y Redolat, R. (2017). Cuidado de pacientes oncológicos: una revisión sobre el impacto de la situación de estrés crónico y su relación con la personalidad del cuidador y otras variables moduladoras. *Psicooncología*, 14(1), 93-106
- Montes, J., Soriano, M., López, M. y Basurto, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16(1), 117-124.
- Navas, J., Fidalgo, A., Concepción, G., Suarez, Carlos., Brioso, Á., Gil, G., Martínez, R. y Sarria, E. (2012). *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica*. Madrid: UNED.
- Noguera, M., Pérez, B., Barrientos, V., Robles, R. y Sierra, J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD): Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.

- Nezu, A. y Nezu, C. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo (Dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-553). Madrid: Siglo XXI.
- Olivares, M. (2015). La representación del cáncer en la persona enferma y en su familia. La implicación de sus significados en la comunicación familiar. *Comunitania: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, (9), 119-136.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Cáncer*. Centro de Prensa. Recuperado el 16 de diciembre de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Otero, P., Vazquez, F., Ferraces, M., Blanco V. y Torres, A. (2015). Prevención de la depresión en cuidadoras no profesionales: relación entre habilidades de solución de problemas y síntomas depresivos. *Clínica y Salud*. 26(1), 1-7.
- Puerto, H. (2015). Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Revista Cuidarte*. 6(2), 1029-1040.
- Rangel, N., Ascencio, E., Ornelas, R., Allende, S., Landa, E. y Sánchez, J. (2013). Efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa: un estudio piloto. *Psicooncología*. 10(2-3), 365-376.
- Ravale, M. (2015). *El cuidador principal del paciente oncológico con enfermedad terminal. Aspectos psico-sociales asociados a su calidad de vida: "Caso Raquel"* (Doctoral dissertation).
- Rivas, J. y Ostiguín, R. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludeo teórico?. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(1), 49-54.
- Rodríguez, B., Ortiz, A., Palao, A., Avedillo, C., Sánchez, A. y Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 16(1), 27-38.

- Ruiz, A. (2015). Entrenamiento al cuidador principal. Analogía del entrenamiento deportivo y logro de metas. *Revista Enfermería Castilla y León*, 7(1), 62-72.
- Saldaña, D., Riaño, H., Rubiano, L., y Rodríguez, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo*, 13(1), 27-46.
- Sánchez, B., Carrillo, G., Barrera, L., y Chaparro, L. (2013). Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisibile. *Aquichan*, 13(2), 247-260.
- Sánchez, M. y Carrillo G. (2017). Competencia para el cuidado en el hogar diada persona con cáncer en quimioterapia-cuidador familiar. *Psicooncología*, 14(1), 137-148.
- Sanz, J. (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: la "Escala de Valoración del Estado de Ánimo"(EVEA). *Análisis y modificación de conducta*, 27(111), 71-110.
- Sanz, M. (2016). *Terapia grupal: Manual para la acción*. Madrid: Grupo 5.
- Schulz, R. y Beach, S. (2015). Caregiving as a Risk Factor for Mortality. The Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, 282 (23), 2215-2219.
- Soriano, M. y Salas, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Torres, M., Ballesteros, E., y Sánchez, P. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, 19(1), 9-15.
- Vázquez, Ó., García, A., Gómez, Á., Caballero, M., Tinoco, C. y Ponce, J. (2015). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2/3), 383-392.
- Weiss, C. (1985). *Investigación evaluativa*. México: Editorial Trillas.
- Wilson, K. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.

XI. ANEXOS

Anexo 1: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD).



1/2

Identificación Fecha

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta deprisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.

1. Me siento tenso o “nervioso”

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

- Como siempre
- No lo bastante
- Sólo un poco
- Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

- Definitivamente, y es muy fuerte
- Sí, pero no es muy fuerte
- Un poco, pero no me preocupa
- Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

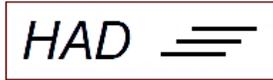
- Al igual que siempre lo hice
- No tanto ahora
- Casi nunca
- Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

- La mayoría de las veces
- Con bastante frecuencia
- A veces, aunque no muy a menudo
- Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

- Nunca
- No muy a menudo
- A veces
- Casi siempre



2/2

Identificación Fecha

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

- Siempre
- Por lo general
- No muy a menudo
- Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento

- Por lo general, en todo momento
- Muy a menudo
- A veces
- Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago

- Nunca
- En ciertas ocasiones
- Con bastante frecuencia
- Muy a menudo

10. He perdido interés por mi aspecto personal

- Totalmente
- No me preocupo tanto como debiera
- Podría tener un poco más de cuidado
- Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

- Mucho
- Bastante
- No mucho
- Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro

- Igual que siempre
- Menos de lo que acostumbraba
- Mucho menos de lo que acostumbraba
- Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- Muy frecuentemente
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez

TOTAL ANSIEDAD:

TOTAL DEPRESIÓN:

Anexo 2: Manual del Facilitador.

*Universidad Central de Venezuela.
Facultad de Humanidades y Educación.
Escuela de Psicología.*

¡CUIDANDO AL CUIDADOR!
(Manual del Facilitador)



*Facilitadoras:
Gabriela Nieto
Isabel Pabón*

SESIÓN 1

¡Aceptación y Compromiso!

Objetivo: Que los participantes aprendan y pongan en práctica las técnicas de aceptación y compromiso para el manejo de las emociones displacenteras.

Dirigido a: 8 participantes.

Dinámica 1: ¡Conociéndonos!

Objetivo específico: Conocer información personal de los integrantes del grupo.

Tiempo: 20 minutos.

Materiales: Cuaderno de trabajo y lápiz, manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Esta actividad permite que los participantes y facilitadores se conozcan y establezcan nexos de confianza.

Instrucciones del facilitador:

1. Prever la disposición del espacio físico y de que este cumpla con las condiciones para que se puedan ubicar las sillas de los participantes.
2. Dar la bienvenida a los participantes y realizar la presentación de los participantes.
3. Presentar el propósito y los objetivos del taller.
4. Comunicar las instrucciones a los participantes de manera precisa, con voz clara y audible.

Instrucciones para los participantes:

“Buenos días/tardes, para comenzar nos ubicaremos en parejas. La dinámica tiene como finalidad que nos conozcamos ya que iniciaremos un taller para aprender habilidades que nos permitan manejar la ansiedad y la depresión. En este taller aprenderemos a responder a las necesidades del paciente de forma más eficiente para mejorar nuestra calidad de vida. Una vez que estén con su compañero, deben tratar de aprender la mayor cantidad de información posible sobre esa persona: su nombre, edad, actividades que le gustan y disgustan, trabajo, sitios que ha visitado y los que querría visitar, relación que lo une al paciente y que hacen para sobrellevar la situación de enfermedad. Para ello contarán con 8 minutos (4 para cada uno) y luego, cada uno expondrá brevemente al grupo lo que aprendió de su compañero”.

Procesamiento:

¿Cómo se sienten? ¿Qué les pareció esta actividad?

Evaluación: La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes verbalizan sus conocimientos sobre un integrante del grupo mediante frases como: “su nombre es...”, “trabaja en...”, “le gusta...”, entre otras.

Riesgo de aplicación:

- Asistencia y puntualidad.
- Que no se entiendan las instrucciones.
- Escasa o ausente participación en el grupo.
- Manejo del tiempo.

Dinámica 2: ¡Expectativas y normas!

Objetivo específico: Que los participantes logren comunicar al grupo sus expectativas y normas para el funcionamiento del taller.

Tiempo: 20 minutos.

Materiales: Papel bond y marcadores, manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Esta actividad permite que los participantes compartan sus expectativas y que establezcan las normas del grupo.

Instrucciones para el facilitador:

1. Dar las instrucciones a los participantes de forma clara y precisa.
2. Guiar el desarrollo de la dinámica.
3. Escribir con letra legible las normas establecidas en el papel bond para que sean visibles para todos los participantes.
5. Tomar nota de las expectativas de los participantes.
4. Controlar el tiempo.

Instrucciones para los participantes:

“Para la siguiente actividad debemos colocarnos en círculo, cada uno de ustedes debe contar al grupo cuáles son sus expectativas para el taller y porque asistió hoy a esta actividad. Luego deben proponer una norma que ustedes consideren ayudará a mantener la convivencia. Estas normas estarán escritas para que todos puedan verlas mientras dure el taller”.

Evaluación: La actividad se considerará exitosa el 100% de los participantes expresan sus expectativas con respecto al taller con frases como: “espero aprender a...”, “quiero lograr...”, “deseo adquirir herramientas para...”; y además si los participantes establecen las normas del taller mediante verbalizaciones tales como: “creo que en este taller deberíamos tener una norma para...”, “una norma puede ser....”.

Riesgo de aplicación:

- Que no identifiquen sus expectativas.
- Que algún participante se resista a las normas.
- Que algún miembro no quiera participar.

Actividad 1: Metáfora del jardinero

Objetivo específico: Que los participantes logren identificar el estado actual y su nivel de satisfacción con respecto a cada área vital: personal (salud: alimentación, sueño, etc.), familiar, social-recreativa, sexual y de pareja, laboral.

Tiempo: 40 minutos.

Materiales: Cuaderno de trabajo y lápiz, manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Se lee en voz alta la metáfora del jardinero, al tiempo que se va mostrando mediante el Video Beam, luego de lo cual cada participante debe reportar al grupo el estado actual de las áreas de su vida y como se ha visto afectado por la enfermedad de su familiar.

Instrucciones para el facilitador:

1. Prever que cada participante tenga su cuaderno de trabajo para que se pueda guiar en la lectura de la metáfora.
2. Guiar el desarrollo de la actividad.
3. Aclarar dudas de los participantes si es necesario.
4. Controlar el tiempo establecido para realizar la actividad.

Instrucciones para los participantes:

“A continuación, les leeremos la metáfora del jardinero (En Wilson y Luciano, 2002) y al finalizar, le haremos algunas preguntas”

“Supón que eres un jardinero y que amas tu jardín, que te gusta cuidar de tus plantas y nadie más que tú tiene responsabilidad sobre el cuidado de tus plantas.

Supón que las plantas son como las cosas que quieres en tu vida y piensa: ¿Cuáles son las plantas de tu jardín? ¿Cómo ves las plantas como jardinero? ¿Tienen flores, huelen bien, están frondosas? ¿Estás cuidando las plantas que más quieres como querrías cuidarlas?

Claro que no siempre dan las flores en el lugar que quieres, en el momento que lo deseas; a veces se marchitan a pesar del cuidado; la cuestión es cómo ves que las estás cuidando, ¿Qué se interpone en tu camino con las plantas, en su quehacer para con ellas? Quizás estés gastando tu vida en una planta del jardín. En los jardines crecen malas hierbas. Imagina un jardinero que las corta tan pronto las ve, pero las malas hierbas vuelven a aparecer y nuevamente el jardinero se afana en cortarlas y así abandona el cuidado del jardín para ocuparse de ese problema. No obstante, las malas hierbas, a veces, favorecen el crecimiento de otras plantas, bien porque dan espacio para que otras crezcan, bien porque hacen surcos. Puede que esa planta tenga algún valor para que las otras crezcan. A veces las plantas tienen partes que no nos gustan pero que sirven, como ocurre con el rosal que para dar rosas ha de tener espinas.

Cualquier jardinero sabe que el crecimiento de sus plantas no depende de su estado de ánimo, sino que cada planta requiere un cuidado sistemático y apropiado y a pesar de ello, nadie puede garantizar el resultado completo con cada planta... Quizá al jardinero le gustase que el cuidado de una planta diese a la luz una planta con un número de flores blancas de un tamaño preciso, en un tiempo concreto. Pero el jardinero sabe muy bien que la planta puede ofrecer otras flores distintas, en menor número y desprendiendo un olor menos agradable que el deseado, o quizá más. No es algo que el jardinero pueda controlar. La cuestión es si a pesar de ello valora el cuidado de esas plantas. A veces puede impacientarse si la planta tarda en crecer o lo que crece inicialmente no le gusta. Si el jardinero arrancara de cuajo lo plantado y pone otra semilla, nunca verá crecer la planta y su vida girará sólo en poner semillas sin llegar a vivir cada momento del crecimiento. Otra opción es seguir cuidando las plantas, con lo que ofrezcan en cada momento”.

Luego de leer la metáfora, se dirá a los participantes: “Pueden surgir varios planteamientos si extrapolamos las plantas de la metáfora a las diferentes áreas de nuestra vida (recreación-social, familiar, laboral, sexualidad o de pareja, alimentación, sueño, etc.). Les presentaremos un conjunto de 8 imágenes que simbolizan diferentes plantas de su jardín para que ustedes, por turnos, puedan responder las siguientes preguntas: ¿Se han olvidado de regar alguna de estas plantas? ¿Dedican todo su tiempo a cuidar tan sólo una? ¿Dejan crecer las semillas que plantaron? ¿Están contentos con el cuidado de su jardín? ¿La situación de su familiar con cáncer los ha afectado emocionalmente? Si la respuesta es positiva explícanos cómo. ¿Que han intentado para superar las reacciones emocionales y los sentimientos sobre la situación de su familiar? ¿En qué áreas de sus vidas, les afecta el problema?”

Procesamiento:

¿Consideran que esta metáfora fue útil para comprender el estado actual de algunas áreas de su vida?

Evaluación: Se considera un éxito si todos los participantes logran reportar como se han visto afectados emocionalmente con frases como: “He perdido el interés en ciertas actividades”, “Me siento triste”, “He descuidado algunas áreas de mi vida”, entre otras.

Riesgo de aplicación:

- Que no se entiendan las preguntas que se deben realizar después de la metáfora.
- Que no identifiquen las áreas de la vida que están siendo descuidadas por la labor de cuidador
- Que algún miembro del grupo se niegue a participar por miedo o vergüenza.
- Que la actividad se extienda más de lo especificado.

Receso.

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Refrigerio.

Humanos: Facilitadores, participantes

Actividad 2: Metáfora de las arenas movedizas

Objetivo específico: Que los participantes logren identificar el significado de la evitación emocional mediante la metáfora de las arenas movedizas, y como dicha conducta aumenta el malestar emocional.

Tiempo: 45 minutos

Materiales: Cuaderno de trabajo y lápiz, manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Se leerá la metáfora de las arenas movedizas para que los participantes conozcan que es la evitación emocional y como esta conducta aumenta el malestar emocional. Luego los participantes deben expresar al grupo como la metáfora se aplica en sus vidas.

Instrucciones para el facilitador:

1. Prever que cada participante tenga su cuaderno de trabajo para que se pueda guiar en la lectura de la metáfora.
2. Guiar el desarrollo de la actividad.
3. Aclarar dudas de los participantes si es necesario.
4. Controlar el tiempo establecido para realizar la actividad.

Instrucciones para los participantes:

“Ahora les contaremos la metáfora de las arenas movedizas, sería como si ustedes estuvieran atrapados en arenas movedizas. Por supuesto, intentarían hacer lo que pudieran para salir de ellas, aunque lo que supieran e hicieran, solo los llevará a enterrarse más profundo. Lo único que se puede hacer con las arenas movedizas, es extender el cuerpo y tratar de entrar en contacto, lo más posible con ellas. Quizá lo que a ustedes les pasa es parecido. No es muy lógico al principio, pero puede ser que lo que ustedes deben hacer, es parar de batallar y en lugar de ello, entrar en contacto total con lo que ha estado tratando de evitar”.

Una vez que se finaliza la lectura de la metáfora se les pide a los participantes que respondan por turnos y en voz alta las siguientes preguntas:

¿En algún momento de su situación como cuidador, han sentido que están, como en el cuento, dentro de arenas movedizas? ¿Qué hacen cuando se sienten mal, experimentan tristeza, desesperación, depresión, miedo, desazón, agobio, paralización? ¿Cuál efecto a corto y a largo plazo les produce las estrategias utilizadas ante la experimentación de la emoción incómoda?

Cuando los participantes hayan respondido, el facilitador realizará una exposición breve para explicar que es la evitación emocional y como esta aumenta el malestar emocional, en contraste con la aceptación de las situaciones que permite aumentar el bienestar emocional.

Evaluación: Se considera un éxito si todos los participantes logran expresar el significado de evitación emocional y como aplican ellos esta estrategia mediante frases tales como: “para mí la evitación emocional es...”, “cuando yo me siento triste o me siento deprimido siempre hago...”, “cuando tengo miedo busco....”, entre otras.

Riesgo de aplicación:

- Que los participantes no relacionen la metáfora con su vida.
- Que algún miembro del grupo se niegue a compartir su punto de vista por miedo o vergüenza
- Que la actividad se extienda más de lo especificado.

Dinámica 3: La risa.

Objetivo específico: Que los participantes se muevan energicamente y rían para retomar la atención y disposición a las actividades de la sesión.

Tiempo: 5 minutos.

Materiales: Moneda.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Esta actividad permitirá a los participantes y facilitadores alcanzar niveles óptimos de activación para continuar con la sesión.

Instrucciones para el facilitador:

1. Dar las instrucciones a los participantes de forma clara y precisa.
2. Guiar el desarrollo de la dinámica.
3. Controlar el tiempo.

Instrucciones para los participantes:

Los participantes se separan en dos filas iguales, una frente a la otra y separándolos por dos metros. El facilitador tira al centro una moneda. Si cae cara, los jugadores de una fila deben permanecer serios y los de la otra deben reír fuerte y hacer morisquetas por 10 segundos. Los que ríen cuando deben estar serios salen de la fila y se continúa.

Procesamiento:

No hay preguntas

Evaluación: La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes, ríen, se mueven y enérgicamente y reportan verbalmente haberse activado mediante frases tales como: “estoy listo para seguir eso”, “fue divertido”, entre otras.

Riesgo de aplicación:

- Que algún integrante del grupo no quiera participar en la dinámica.
- Que la actividad se extienda más de lo especificado.
- Desorganización por parte de los participantes.
- Que algún participante tenga una condición física que le impida participar en la dinámica.

Actividad 3: Metáfora del campo de hoyos

Objetivo específico: Que los participantes logren identificar las estrategias adecuadas para el manejo de las emociones displacenteras.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: Cuaderno de trabajo y lápiz, manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Se explicará la metáfora del campo de hoyos para que identifiquen estrategias adecuadas para el manejo de las emociones displacenteras, y para que puedan distinguir las estrategias erróneas de control emocional.

Instrucciones para el facilitador:

1. Prever que cada participante tenga su cuaderno de trabajo para que se pueda guiar en la lectura de la metáfora.
2. Guiar el desarrollo de la actividad.
3. Aclarar dudas de los participantes si es necesario.
4. Controlar el tiempo establecido para realizar la actividad.

Instrucciones para los participantes:

“Un hombre iba por el campo, llevando una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. Se le había dicho que su tarea consistía en correr por ese campo con los ojos vendados. El hombre no sabía que en la granja había hoyos grandes y muy profundos, lo ignoraba completamente. Así que empezó a correr por el campo y cayó en uno de esos grandes agujeros. Empezó a palpar las paredes del hoyo y se dio cuenta de que no podía saltar fuera y de que tampoco había otras vías de escape. Miro en la bolsa de herramientas que le habían dado, para ver si había algo que pudiera usar para escapar del hoyo, y encontró una pala. Eso es todo lo que tenía. Así que empezó con diligencia, pero muy pronto advirtió que

no salía del hoyo. Intento cavar más y más y más y más rápido, pero seguía en el hoyo. Lo intentó con grandes paladas y con pequeñas, arrojando lejos la tierra o arrojándola cerca... pero seguía en el agujero. Todo ese esfuerzo y todo ese trabajo, y lo único que conseguía es que el hoyo se hiciese cada vez más y más profundo. Entonces se dio cuenta, que cavar no era la solución, no era la forma de salir del hoyo, al contrario, cavando es como se hacen los hoyos más grandes. Entonces empezó a pensar que quizás todo el plan que tenía estaba equivocado y que no tenía solución, ya que cavando no puede conseguir una escapatoria, lo único que hacía era hundirse más. Vemos aquí como una persona puede utilizar la estrategia equivocada para salir de una situación difícil, y darse cuenta de ello”.

Una vez que se finaliza la lectura de la metáfora se les pide a los participantes que respondan por turnos y en voz alta las siguientes preguntas: ¿Cuáles serían las estrategias inadecuadas para manejar las emociones desagradables? Por favor, traten de dar un ejemplo de situaciones en las que han utilizado estrategias inadecuadas para manejar sus emociones. ¿Cómo se sintieron después de usar esas estrategias? ¿Se solucionó su problema? ¿Cuáles serían las estrategias adecuadas para manejar las emociones?

Procesamiento:

¿Cómo se sintieron con esta actividad? ¿Consideran que es útil saber a manejar las emociones de forma adecuada? ¿Por qué?

Evaluación: Se considera un éxito si todos los participantes logran dar al menos un ejemplo de estrategias de control emocional inadecuadas y, aportan un ejemplo de alguna estrategia de control emocional que les permita solucionar el problema.

Riesgo de aplicación:

- Que los participantes no logren identificar las estrategias de control emocional inadecuadas que ellos utilizan.
- Que los participantes no logren identificar las estrategias de control o manejo emocional adecuadas que les permita solucionar el problema.
- Que algún miembro del grupo se niegue a compartir su punto de vista por miedo o vergüenza
- Que la actividad se extienda más de lo especificado.

SESIÓN 2

¡Aceptación y Compromiso II!

Objetivo: Que los participantes aprendan y pongan en práctica las técnicas de aceptación y compromiso para el manejo de las emociones displacenteras.

Dirigido a: 8 participantes.

Dinámica 1: ¡Comprender la muerte!

Objetivo específico: Que los participantes logren comparar su visión sobre la enfermedad y muerte con la postura del filósofo Alan Watts, aumentando la aceptación de este fenómeno.

Tiempo: 20 minutos.

Materiales: Video beam, computadora, cornetas.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Los participantes conocerán la propuesta de aceptación de la enfermedad y muerte del filósofo Alan Watts, para luego contrastarla con su posición personal con respecto a la muerte.

Instrucciones para el facilitador:

1. Prever la disposición del espacio para que todos los participantes puedan ver el video.
2. Dar las instrucciones a los participantes de forma clara y precisa.
3. Controlar el tiempo establecido para realizar la dinámica.

Instrucciones para los participantes:

“Se proyectará a través del video beam un video sobre la aceptación de la enfermedad y la muerte según la postura del filósofo británico Alan Watts, al finalizar, discutiremos lo que cada uno interpreta del mismo”.
<https://www.youtube.com/watch?v=s51OpFop0MA>

Una vez finalizado el video se debe decir a los participantes: ¿Que opinan de la perspectiva de Alan Watts sobre la muerte? ¿Están de acuerdo con la opinión del autor? ¿Por qué? ¿Qué creen ustedes de la muerte?

Procesamiento:

¿Qué les pareció esta actividad? ¿Creen que hablar del tema de la enfermedad y la muerte puede ayudar a la aceptación de estos fenómenos? ¿Cómo se sintieron hablando del tema?

Evaluación: Se considera exitosa si el 100% de los participantes logran comparar su visión sobre la muerte con la postura del filósofo Alan Watts al expresar: “estoy de acuerdo con el filósofo en que...”, “yo difiero de lo dicho en el video porque...”, “yo que creo que la muerte es...”.

Riesgo de aplicación:

- Que la visualización del video produzca reacciones emocionales o fisiológicas displacenteras en los participantes.
- Que algún miembro del grupo se niegue a compartir su punto de vista sobre el fenómeno de la muerte por miedo o vergüenza
- Que la actividad se extienda más de lo especificado.

Actividad 1: ¡Aprendiendo a respirar!

Objetivo específico: Que se logre un patrón respiratorio que facilite la relajación y el control de las emociones.

Tiempo: 10 minutos. **Materiales:** 8 colchonetas o toallas, Protocolo de relajación, manual de facilitador.

Humanos: Facilitadores, participantes. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint.

Descripción: El facilitador explicará la técnica de la relajación profunda mientras los participantes siguen sus instrucciones.

Instrucciones para el facilitador:

1. Dar las instrucciones a los participantes de forma clara y precisa.
2. Guiar el desarrollo de la actividad.
3. Controlar el tiempo.

Instrucciones para los participantes:

“Antes de iniciar esta práctica, me gustaría que me dijeran que tan tensos se sienten justo ahora, para lo cual vamos a tomar como referencia una escala en la que 1 indica nada de tensión, es decir muy relajados y 10 muy tensos” (se registran datos reportados).

“Primero coloca tus dos manos sobre tu abdomen y expulsa todo el aire de tus pulmones varias veces, puedes hacer algunos suspiros o exhalar por la boca. Vacía bien los pulmones de aire. Cuando ya no tengas aire en tus pulmones, inicia la respiración profunda dirigiendo el aire al inspirar “hacia tu abdomen” como si quisieras empujar hacia arriba tus manos que están sobre él. Retén el aire en tus pulmones, pero no presiones con tus manos. Cuando sientas la necesidad de expulsar el aire, hazlo relajando tu vientre, este se “desinflará” y las manos bajarán con él. Quédate con los pulmones vacíos, sintiendo cómo te vas relajando y, en cuanto sientas nuevamente el impulso de inspirar, hazlo profunda y lentamente volviendo a llenar tus pulmones mientras tu abdomen sube”.

El facilitador debe repetir este proceso tres veces y luego dirá: “muy bien, hemos terminado. Por favor practiquen esta actividad de relajación en casa dos veces al día en la mañana (antes de levantarse de la cama) y en la noche (antes de dormir)”.

“¿Se sienten igual de tensos que antes de iniciar esta práctica? ¿En una escala del 1-10 donde 1 es sin tensión y 10 es muy tenso, cuál sería su nivel de tensión percibida justo en este momento?”

Evaluación: La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes, reportan una reducción de tensión percibida en relación al nivel inicial mediante una escala análogo-visual.

Riesgos de aplicación:

- Que los participantes no logren relajarse
- Que algún participante no pueda hacer el ejercicio por limitaciones físicas.
- Que algún participante tenga dificultad para seguir las instrucciones del ejercicio.

Actividad 2: Venciendo al pensamiento (Defusión cognitiva)

Objetivo específico: Que los participantes logren conocer y utilizar la técnica de la defusión cognitiva para evaluar e interactuar con sus pensamientos problemáticos sin que éstos generen malestar emocional.

Tiempo: 45 minutos.

Materiales: Cuaderno de trabajo, manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Se realizarán ejercicios de Defusión cognitiva que le permita a los participantes desarrollar una distancia emocional de sus propios pensamientos. La defusión cognitiva, es una técnica que consiste en lograr que al detectar ciertos pensamientos (negativos) logremos verlos como hipótesis en vez de como hechos objetivos. ... No se trata de cambiar el contenido del pensamiento sino la relación que tenemos con ese pensamiento.

Instrucciones para el facilitador:

1. Dar las instrucciones a los participantes de forma clara y precisa.
2. Guiar el desarrollo de la actividad.
3. Controlar el tiempo.
4. Aclarar dudas de los participantes si es necesario.

Instrucciones para los participantes:

El facilitador explicará los siguientes pasos a los participantes:

“Paso 1: Traigan a su mente una expresión molesta y recurrente con la forma “Soy un X”, como decir “Soy un inútil” o “Soy un estúpido”. Sostengan ese pensamiento en la mente por algunos segundos y denle credibilidad como si fuera cierto. Ahora noten ¿Cómo les afecta?

Paso 2: Ahora tomen ese pensamiento con la forma “Soy un X” e inserte la frase siguiente antes de él: “Estoy teniendo el pensamiento de que...” Ahora piensen de nuevo el pensamiento molesto pero con la frase anterior agregada. Noten qué sucede” ¿Cómo lo sienten ahora?

Ejercitar la defusión cognitiva diciendo:

“Imagina un pensamiento que te causa aversión. Quiero que ese pensamiento lo imagines como palabras en una pantalla de Karaoke, luego, que cambie la tipografía de la letra, luego, que le cambie el color de las letras, luego, imagina una pelota inflada que estuviera saltando de una palabra a la otra. Imagina que el color de las letras de tu pensamiento se pone rosado, luego azul, luego verde. Imagina ahora que un elefante amarillo va cargando un letrero que lleva tu pensamiento”.

Procesamiento:

¿Cómo se sintieron con esta actividad? ¿Qué emoción tuvieron cuando hacían el ejercicio? ¿Lograron distanciarse de sus pensamientos?

Evaluación: Se considera un éxito si todos los participantes reportan haber conseguido distanciarse emocionalmente de sus propios sentimientos gracias a la actividad expresando frases como: “no me sentí triste mientras hacia el ejercicio”, “visualice el pensamiento pero no me afectó”, entre otras.

Riesgos de aplicación:

- Que los participantes puedan experimentar reacciones fisiológicas o emocionales displacenteras.
- Que algún participante tenga dificultad para seguir las instrucciones del ejercicio.

- Que los participantes no comprendan la actividad.
- Desorganización por parte de los participantes.
- Que algún miembro no quiera participar en la actividad.

Dinámica 2: Las sillas.

Objetivo específico: Lograr que los participantes se muevan vigorosamente, produciendo niveles óptimos de activación.

Tiempo: 15 minutos. **Materiales:** Sillas, computadora, cornetas.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Dinámica para elevar los niveles de activación en los participantes.

Instrucciones para el facilitador:

1. Prever la disposición del espacio para realizar la dinámica.
2. Organizar las sillas para la dinámica.
3. Dar las instrucciones a los participantes de forma clara y precisa.
4. Guiar el desarrollo de la dinámica.
5. Controlar el tiempo.
6. Colocar música durante la dinámica.

Instrucciones para los participantes:

“Se colocarán sillas en dos filas, una menos del total de participantes juntando los respaldos; mientras suena la música todos deben bailar a su alrededor y cuando la música cesa a la señal del facilitador, deben tomar asiento, quien se quedó sin silla, sale del juego y expresa al grupo lo aprendido durante la sesión”.

Evaluación: La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes realizan movimientos vigorosos, se ríen, interactúan entre ellos y expresan verbalmente estados de ánimo tales como: “que divertido”, “me siento activado”, entre otras y manifiestan lo que aprendieron con frases tales como: “Aprendí que...”, “Lo que más disfrute hoy fue...”, “En la segunda parte del taller trataré de...”.

Riesgos de aplicación:

- Que algún miembro no pueda participar por limitaciones físicas.
- Que algún participante sufra una lesión.
- Que algún participante no quiera participar en la dinámica.

Receso.

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Refrigerio.

Humanos: Facilitadores, participantes

Actividad 3: ¡Relajándonos! (Relajación progresiva de Jacobson)

Objetivo específico: Que los participantes se relajen mediante la práctica del procedimiento de relajación progresiva de Jacobson abreviado.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: colchonetas o toallas, computadora, cornetas, música relajante.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Los participantes practicarán el procedimiento de la relajación progresiva de Jacobson abreviado.

Instrucciones para el facilitador:

1. Prever la disposición del espacio y materiales suficientes para realizar la actividad.
2. Dar las instrucciones a los participantes de forma clara y precisa.

3. Guiar el desarrollo de la actividad.
4. Controlar el tiempo establecido para realizar la actividad.
5. Aclarar dudas de los participantes si es necesario.
6. Colocar música suave durante la actividad.

Instrucciones para los participantes:

“El procedimiento que se va a utilizar se llama entrenamiento en relajación progresiva. Este entrenamiento consiste en aprender a tensar y relajar diversos grupos de músculos en todo el cuerpo. Una parte esencial dentro del aprendizaje de cómo relajarse incluye el aprender a prestar atención conscientemente a las sensaciones de tensión y relajación del cuerpo”

Texto guía para la Relajación Progresiva de Jacobson (versión corta)

“Esta es una sesión de relajación en la cual se trabajarán siete grupos musculares.

Cierra los ojos, ponte en una posición cómoda y relajada. Mentalízate de que quieres relajarte. Durante la sesión, concéntrate en la sensación de relajación y tensión que se irá dando a lo largo de la misma. No debes exceder en la tensión, ésta no debe provocarte calambres o dolor. De suceder, disminuye la fuerza de la tensión.

Para empezar, quiero que te concentres en tu brazo derecho, vas a poner todo tu brazo derecho en tensión, cerrando con fuerza el puño, a la vez que doblas en dos el brazo por el codo, cuando yo te lo indique vas a apretar con fuerza el brazo... ¡AHORA! muy bien, aprieta con fuerza el brazo derecho y concéntrate en los músculos que se encuentran ahora tensos y contraídos; eso es, muy bien, un poco más, muy bien... Y AHORA RELÁJALOS, suelta la tensión, afloja estos músculos y déjalos que vayan estando más y más relajados, nota como los músculos se aflojan y descansan... muy bien, disfruta de esta agradable sensación de relajación...

Ahora, vamos a repetirlo nuevamente, vas a volver a tensar el brazo como lo hiciste anteriormente... ¡AHORA!... muy bien, aprieta con fuerza los músculos, nota la tensión en todos ellos, muy bien... un poco más... eso es y AHORA, RELÁJALOS, suelta toda la tensión, concéntrate en estos músculos de tu brazo derecho; nota como a medida que vas relajando los músculos del brazo derecho, este va quedando más relajado, nota como sientes el brazo ahora, comparado con antes, cuando lo contraías, fíjate qué diferente y agradable es esta sensación de relajación... muy bien.

Ahora, olvídate del brazo derecho y concéntrate en el brazo izquierdo... vas a poner en tensión el brazo izquierdo al igual que lo hiciste con el brazo derecho, cuando te indiqué vas a doblar el brazo por el codo y vas a tensar todos los músculos de tu brazo izquierdo... ¡AHORA! muy bien... aprieta con fuerza el brazo izquierdo, concéntrate en estos músculos tensos y contraídos, así es... muy bien, eso es, un poco más... muy bien... y AHORA RELÁJALOS suelta toda la tensión de tu brazo izquierdo... afloja estos músculos y deja que vayan estando más y más relajados, nota como los músculos se aflojan y descansan... muy bien... de nuevo vas a repetir y vas a volver a tensar el brazo izquierdo... ¡AHORA! muy bien... aprieta con fuerza los músculos y nota la tensión en todos ellos, muy bien así es... un poco más... muy bien AHORA RELÁJALOS... suelta toda la tensión y concéntrate en estos músculos del brazo y nota como van estando cada vez más y más relajados, date cuenta de cómo sientes el brazo ahora, comparado con antes cuando lo contrarias... siente que agradable es la sensación de relajación, muy bien.

Ahora, vas a olvidarte de tus brazos y deja que sigan relajándose. Quiero que te concentres en toda tu cara, vas a poner todos los músculos de la cara en tensión, apretando fuertemente los párpados, frunciendo el ceño, arrugando la nariz y a la vez que aprietas la mandíbula con fuerza también empujas la lengua contra el paladar y aprietas fuertemente la comisura de los labios hacia atrás como con una sonrisa forzada... muy bien estás preparado ¡AHORA! tensa todos los músculos de tu cara, siente la tensión que se produce en tu rostro, eso es, muy bien un poco más, y AHORA RELAJA TODOS LOS MÚSCULOS DE LA CARA... suelta toda la tensión acumulada... suelta los músculos y déjalos que vayan quedando cada vez más y más relajados, nota como son estas sensaciones de descanso... muy bien... vamos a repetir una vez más hasta volver a tensar todos los músculos de la cara ¡AHORA! muy bien aprieta con

fuerzas todos estos músculos y nota cómo se siente la tensión en todos ellos, eso es... un poco más... así, muy bien y AHORA RELÁJALOS, suelta toda la tensión... siente la sensación de relajación profunda y completa en todos estos músculos que cada vez van estando más y más relajados, muy bien.

Ahora olvídate de tu cara y pasa toda tu atención a los músculos del cuello, vas a poner toda la zona en tensión llevando la barbilla hacia el pecho, cuando te indiqué vas a ponerte en esta posición intentando tocar el pecho con la barbilla sin hacerte daño, muy bien ¡AHORA! Aprieta con fuerza toda esta zona, concéntrate en esta sensación de tensión que genera... eso es... un poco más... muy bien y AHORA RELAJA EL CUELLO suelta toda la atención... soltando todos los músculos y deja que vayan quedando más relajados... nota esta agradable sensación de relax, de descanso... De nuevo vamos a repetir una vez más... vas a volver a tensar todos los músculos del cuello ¡AHORA! muy bien... aprieta con fuerza estos músculos y nota como sientes esta tensión en todos ellos... eso es... un poco más... un poco más y AHORA RELÁJALOS suelta toda la tensión del cuello y deja que vuelva a su posición natural... relaja todos los músculos del cuello y disfruta de esta agradable sensación de relajación profunda y completa en todos estos músculos que están cada vez más y más relajados.

Ahora, vas a poner toda tu atención en los músculos del abdomen, coloca todos estos músculos en tensión... apretando el estómago poniendo duros los abdominales, pon en tensión todos estos músculos en el momento que te diga... ¡AHORA! Aprieta con fuerza, concéntrate en la tensión de esta zona, así es, muy bien, eso es... un poco más... y AHORA RELÁJALOS suelta toda la tensión, afloja los músculos de tu abdomen, suelta toda la tensión de tu cuerpo y disfruta de esta agradable sensación de bienestar... Repetimos una vez más, aprieta tus músculos abdominales como lo acabas de hacer ... ¡AHORA! Aprieta con fuerza estos músculos y siente toda la tensión cuando contraes estos músculos... eso es un poco más... sólo un poco más y... AHORA RELÁJALOS... suelta toda la tensión y compara la sensación entre tenerlos tensos y esta sensación actual de relajación, ahora completamente relajados... disfruta de esta agradable sensación de paz de calma... y escucha tu respiración lenta y calmada, tranquila y relajada, nota qué agradable es esta sensación de respirar así.

Ahora, te vas a olvidar de los músculos de tu abdomen y vas a poner toda la atención en tu pierna derecha, vas a ponerla en tensión presionando el muslo contra el piso a la vez que con la punta de tu pie apuntas hacia tu rodilla, muy bien trabaja todos estos músculos de tu pierna, AHORA aprieta con fuerza todos estos músculos, concéntrate en lo tensos que están, vamos un poco más, eso es y AHORA RELAJA TODA TU PIERNA DERECHA, suelta la tensión... afloja estos músculos deja que vayan estando más y más relajados, siente la sensación de relajación profunda y completa en estos músculos. Vamos nuevamente una vez más a tensar de la misma forma la pierna derecha, muy bien AHORA aprieta con fuerza estos músculos, nota la contracción en todos ellos, muy bien... un poco más... vamos, un poco más y AHORA RELÁJALOS... suelta toda la tensión, afloja los músculos y deja que vayan estando cada vez más y más relajados... nota como sientes estos músculos cuando los relajas y están en calma y relajados, muy bien.

Ahora pon toda tu atención a la pierna izquierda mientras la pierna derecha sigue relajándose, pon la tensión de la misma manera que pusiste la tensión en la pierna derecha, recuerda que la punta del pie debe estar apuntando hacia la rodilla AHORA aprieta con fuerza la pierna izquierda y concéntrate en esa sensación de tensión muscular un poco más, muy bien mantén la tensión... y AHORA RELAJA TODA TU PIERNA IZQUIERDA suelta la tensión, afloja los músculos y deja que se relajen siente la sensación de relajación profunda y completa... muy bien vamos a repetir una vez más y vas a volver a tensar de la misma forma la pierna izquierda AHORA muy bien aprieta con fuerza estos músculos nota la contracción en todos ellos... eso es un poco más muy bien, y AHORA RELAJA LA PIERNA IZQUIERDA... suelta toda la tensión y deja que se relaje completamente, nota la diferencia a cuando contrarias la pierna y como está ahora... relajada, sin tensión, en calma... disfruta de esta agradable sensación.

Muy bien, ya haz relajado todos los músculos de tu cuerpo y para hacer esta relajación aún más completa y profunda voy a contar desde 10 hasta 1 y según vayas oyendo los números quiero que vayas dejando que todos los músculos de tu cuerpo se aflojen y se relajen aún más profundamente... voy a empezar a contar y vas a comenzar relajarte y a sentir tus músculos más y más relajados... 10... 9... 8... 7... 6... 5... 4...

3... 2... 1... y ahora quiero que estés durante unos instantes disfrutando de esta sensación de relajación y para lograrlo, puedes pensar en algo muy agradable... en una imagen o una situación que te resulte muy placentera de imaginar o de recordar y disfruta de esta sensación de relajación y de bienestar.... (música de fondo un minuto) Respira lenta y profundamente, siente como con cada respiración profunda, el bienestar y la calma se apoderan de ti... Ahora poco a poco vas a ir abriendo los ojos... mueve poco a poco tus brazos... tu rostro... tu cuello... tu torso... tus piernas y ve incorporándote poco a poco.”

Evaluación: La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes, reportan una reducción de tensión percibida en relación al nivel inicial mediante una escala análogo-visual.

Riesgos de aplicación:

- Que los participantes no logren relajarse.
- Que algún participante no pueda hacer el ejercicio por limitaciones físicas.
- Que algún participante tenga dificultad para seguir las instrucciones del ejercicio.
- Desorganización por parte de los participantes.

Actividad 4.1: Técnica del científico.

Objetivo específico: Que los participantes imaginen una situación que les genera malestar emocional.

Tiempo: 5 minutos

Materiales: colchonetas o toallas, Manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Se instruye a los participantes a pensar en una situación que les genere malestar emocional.

Instrucciones para el facilitador:

1. Dar las instrucciones a los participantes de forma clara y precisa.
2. Controlar el tiempo establecido para realizar la actividad.
3. Aclarar dudas de los participantes si es necesario.
4. Guiar el desarrollo de la actividad.
5. Monitorear a los participantes en caso de que algún participante tenga alguna reacción fisiológica displacentera.

Instrucciones para los participantes:

“Por favor acuéstese en sus colchonetas, cierren los ojos y traten de imaginar una situación que les preocupe. Levanten su mano derecha si lograron imaginar la situación para continuar con el ejercicio”.

Evaluación: Se considera exitosa si el 80% de los participantes reporta imaginar una situación que les preocupa o les causa malestar.

Riesgos de aplicación:

- Que los participantes no logren identificar y visualizar la situación que les preocupe.
- Que algún participante tenga alguna reacción fisiológica o emocional displacenteras.

Actividad 4.2: Técnica del científico. Aceptación.

Objetivo específico: Que los participantes logren visualizar situaciones displacenteras disminuyendo la evitación emocional mediante la utilización de la técnica del científico.

Tiempo: 20 minutos

Materiales: Manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Se les solicitará a los participantes que examinen sus cuerpos y noten en qué parte sienten malestar cuando visualizan ese pensamiento. Se les pedirá que mientras visualizan la situación que les

preocupa mantengan la respiración profunda, al tiempo que vigilen si algún músculo de su cuerpo se tensa, para relajarlo.

Instrucciones para el facilitador:

1. Dar las instrucciones a los participantes de forma clara y precisa.
2. Controlar el tiempo establecido para realizar la actividad.
3. Aclarar dudas de los participantes si es necesario.
4. Guiar el desarrollo de la actividad.
5. Monitorear a los participantes en caso de que algún participante tenga alguna reacción fisiológica displacentera.

Instrucciones para los participantes:

“En este momento mientras experimentan estas sensaciones y pensamientos desagradables, quiero que examinen su cuerpo y noten en qué parte sienten el malestar. Observen lo que sienten como si fueran un científico curioso que nunca hubiera visto algo así anteriormente. Noten cada una de sus sensaciones, la forma que tiene, la vibración, el peso, la temperatura de su cuerpo y la pulsación de su corazón. Al tiempo, no se olviden de respirar mientras están dentro de la sensación, dense el tiempo de experimentar la situación sin alterarse. Traten de mantener relajados todos los músculos de su cuerpo como se les explicó en el ejercicio anterior”.

Procesamiento:

¿Cómo se sintieron al visualizar esos pensamientos desagradables? ¿Lograron disminuir ese malestar emocional con el ejercicio? ¿En qué posición de la escala de tensión estarían?

Evaluación: Se considera un éxito si el 80% de los participantes logran experimentar los pensamientos displacenteros disminuyendo la evitación emocional, al tiempo que mantiene un estado de relajación medido a través de una escala análogo visual.

Riesgos de aplicación:

- Que los participantes no logren identificar y visualizar una situación que les preocupa.
- Que algún participante tenga alguna reacción fisiológica o emocional displacentera.

Cierre, comentarios sobre la sesión de hoy. Evaluación

SESIÓN 3

¡Solución de problemas!

Objetivo: Que los participantes aprendan y pongan en práctica los pasos para la solución de problemas.

Dirigido a: 8 participantes.

Actividad 1: Psicoeducación.

Objetivo específico: Discutir con los participantes la definición de calidad de vida, resiliencia y solución de problemas y su relación con la salud.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: Video beam, computadora, papel y lápiz, material impreso y manual de facilitador.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Esta actividad permite que los participantes aprendan la relación entre la calidad de vida, resiliencia y las habilidades de solución de problema con la salud física y mental y a su vez, compartan sus impresiones sobre el tema.

Instrucciones para el Facilitador:

1. Hacer exposición de los contenidos teóricos y explicar cómo los conceptos Calidad de vida, Resiliencia, Optimismo y Habilidades de solución de problemas se relacionan con la salud dinámicamente.
2. Controlar el tiempo establecido para realizar la actividad.
3. Aclarar dudas de los participantes si es necesario.

Instrucciones para los participantes:

“Se proyectará a través del video beam una presentación de PowerPoint sobre los contenidos relevantes para la comprensión de la relación entre la calidad de vida, resiliencia y las habilidades de solución de problema con la salud física y mental. Luego de la exposición, podrán realizar preguntas y se realizará un intercambio de sus impresiones sobre el tema”.

Procesamiento:

Al finalizar la exposición, el facilitador preguntará: ¿Tienen alguna duda? ¿Quedaron claros con el contenido? ¿Qué les pareció la exposición?

Luego de la ronda de preguntas, se dará la siguiente instrucción: “por favor, en esta hoja respondan a las preguntas planteadas en el video beam según su criterio de acuerdo a lo explicado por los facilitadores”.

Evaluación: La actividad se considerará exitosa si todos los participantes responden correctamente el 80% o más de las preguntas plasmadas en el Formato de Evaluación n° 1.

Riesgo de aplicación:

- Que los participantes no relacionen la teoría con su situación actual.
- Que algún participante no quiera participar.
- Manejo del tiempo.

Dinámica 1: ¡Carrera de globos!

Objetivo específico: Participar con movimientos interactivos, permitiendo retomar la disposición a las actividades de la sesión.

Tiempo: 20 minutos.

Materiales: 20 globos.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Esta actividad permitirá a los participantes trabajar en equipo y elevar los niveles de activación luego de la presentación teórica.

Instrucciones para el Facilitador:

1. Prever la disposición del espacio y materiales suficientes para realizar la dinámica.
2. Repartir los globos a ambos grupos.
3. Dar las instrucciones a los participantes de forma clara y precisa.
4. Guiar el desarrollo de la dinámica.
5. Controlar el tiempo.

Instrucciones para los participantes: El terapeuta pedirá al grupo dividirse en dos equipos, los cuales se ubicarán en fila frente a frente. Se le proporcionará a cada participante un globo. A la señal del facilitador, los dos primeros participantes deben inflar los globos y luego sentarse en ellos hasta reventarlos, sólo cuando los han reventado siguen los siguientes, realizando la misma operación. Gana el equipo que termine primero.

Evaluación: La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes, inflan los globos y se sientan sobre ellos hasta finalizar la competencia.

Riesgo de aplicación:

- Que los participantes no comprendan la dinámica.
- Desorganización por parte de los participantes.
- Que algún participante no quiera participar en la dinámica.
- Que algún participante tenga una condición física que le impida participar en la dinámica.

- Que algún participante se lesione durante la dinámica.

Actividad 2: Pasos para la Solución de problemas.

Objetivo específico: Discutir con los participantes los aspectos formales de la teoría de la solución de problemas

Tiempo: 25 minutos.

Materiales: Video beam, computadora, cuaderno de trabajo, papel y lápiz, manual de facilitador.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Con esta actividad, los participantes aprenderán los pasos para la solución de problemas: Orientación, definición del problema, lluvia de ideas (elaboración de estrategias solución de problemas), discusión de alternativas, decidir estrategias a usar.

Instrucciones para el Facilitador:

1. Hacer exposición de los pasos de la solución de problemas dinámicamente.
2. Controlar el tiempo establecido para realizar la actividad.
3. Aclarar dudas de los participantes si es necesario.

Instrucciones para los participantes: “A través del video beam se proyectará una presentación de PowerPoint de los contenidos relevantes para la comprensión de los pasos de la solución de problemas. Luego de la exposición podrán realizar preguntas. Y realizaremos un intercambio de sus impresiones sobre el tema”.

Evaluación: La actividad se considerará exitosa si todos los participantes responden correctamente el 80% o más de las preguntas plasmadas en el Formato de Evaluación n° 2.

Riesgo de aplicación:

- Que los participantes no relacionen la teoría con su situación actual.
- Que algún participante no quiera participar.
- Manejo del tiempo.

Actividad 3: ¡Ejercitando lo aprendido!

Objetivo específico: Practicar la resolución de problemas.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: Cuaderno de trabajo y lápiz, manual de facilitador.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: El terapeuta leerá los problemas a los cuidadores primarios contenidos en el cuaderno de actividades para poner en práctica las habilidades de solución de problemas. A lo largo de la lectura, se hará énfasis en los diferentes pasos de la solución de problemas.

Instrucciones para el Facilitador:

1. Prever que cada participante tenga su cuaderno de trabajo para que se pueda guiar en la lectura de los acertijos.
2. Dar las instrucciones a los participantes de manera clara y precisa.
3. Guiar el desarrollo de la actividad en cada grupo.
4. Disponer de las respuestas de los problemas.
5. Controlar el tiempo establecido para realizar la actividad.

Instrucciones para los participantes: “A continuación leeremos un problema y vamos a poner en práctica los pasos para la solución de problemas que acabamos de revisar y juntos vamos a conseguir una solución a esta situación”.

(Ejercicio ejemplo)

Mónica, es una chica de 20 años, vive con su mamá y dos hermanos menores. Actualmente está cursando el tercer semestre de Contaduría Pública en una universidad privada. Hace 8 meses sus padres se separaron y ella ha tenido que colaborar más en las actividades de la casa y el cuidado de sus hermanos menores (10 y 13 años), desde la separación, su padre aporta muy poco para los gastos de la casa y el

salario de la madre, apenas alcanza para mantener el hogar. Hace dos días, Mónica recibió un aviso de la Universidad en la que le informa que, de no ponerse al día con el pago del semestre, no podrá seguir asistiendo a las clases ni podrá presentar las evaluaciones.

¿Qué creen ustedes que debería hacer Mónica?

Paso 1: Orientación hacia el problema.

Paso 2: Definición y formulación hacia el problema.

Paso 3: Generación de alternativas.

Paso 4: Toma de decisiones.

Paso 5: Puesta en práctica (verificación).

Al finalizar la lectura, el facilitador dirá: “ahora, nos dividiremos en dos grupos y les presentaremos un problema no resuelto para que entre ustedes practiquen los pasos que aprendimos para la solución de problemas: Orientación, definición del problema, lluvia de ideas (elaboración de estrategias solución de problemas), discusión de alternativas y decidir estrategias a usar. Cada grupo contará con un facilitador que supervisará el proceso en caso de que surjan dudas y, cuando terminemos, cada grupo le expondrá sus resultados al otro. Para resolver el problema contarán con 10 minutos”

Situación:

“Carlos de 45 años, vive en Barquisimeto junto a su esposa y sus tres hijos (25, 22 y 19 años). Él es el chef de un reconocido restaurant de la ciudad, lugar en el que trabaja desde hace 15 años. En su tiempo libre practica kárate (es cinta negra) y disfruta tocando la guitarra y el piano y en ocasiones se conecta con amigos que tiene fuera del país para practicar su segunda lengua, el inglés.

Hace dos días, recibió una inesperada noticia, el restaurant en el que trabaja cerrará sus puertas por problemas económicos y él quedará sin trabajo. Actualmente está pagando la hipoteca de su casa, la universidad de dos de sus hijos y además él responde por el 80% de los gastos del hogar, ya que su esposa trabaja como maestra medio tiempo en un colegio y sus ingresos no son muy altos.

¿Cómo debería Carlos enfrentar esta situación?

Pongan en práctica los pasos de solución de problemas para resolverlo.

Evaluación: La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes, solucionan efectivamente el problema asignado por los facilitadores.

Riesgo de aplicación:

- Que los participantes no comprendan la actividad.
- Que algún participante no quiera participar en la actividad.
- Desorganización por parte de los participantes.

Actividad 4: Identificando situaciones problemáticas.

Objetivo específico: Identificar situaciones problemáticas de la vida cotidiana relacionadas con el cuidado del paciente con cáncer en las cuales pueda usar efectivamente los pasos de la solución de problemas.

Tiempo: 20 minutos.

Materiales: Cuaderno de trabajo y lápiz, manual de facilitador.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: El participante identificará situaciones en las cuales puede aplicar la técnica de solución de problemas.

Instrucciones para el Facilitador:

1. Prever que cada participante tenga su cuaderno de trabajo para que pueda escribir los problemas identificados en su vida cotidiano que estén relacionados con el cuidado del paciente con cáncer.

2. Dar las instrucciones a los participantes de manera clara y precisa.
3. Guiar el desarrollo de la actividad.
4. Controlar el tiempo establecido para realizar la actividad.

Instrucciones para los participantes: “A continuación les haremos entrega de una hoja para que anoten tres situaciones en las cuales puede aplicar la técnica de solución de problemas en el cuidado del paciente con cáncer”.

Evaluación: La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes, identifican al menos 2 situaciones problemáticas personales relacionadas con el cuidado del paciente con cáncer en las cuales pueda usar los pasos de la solución de problemas.

Riesgo de aplicación:

- Que los participantes no comprendan la actividad.
- Que algún participante no quiera participar en la actividad.
- Manejo del tiempo.

Actividad 5: ¡Solucionando problemas!

Objetivo específico: Practicar con los participantes los pasos de la solución de problemas en situaciones personales relacionadas con el cuidado del paciente con cáncer.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: Cuaderno de trabajo y lápiz, manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: El participante usará el procedimiento de solución de problemas para una de las situaciones que identificó en la actividad anterior logrando orientar y definir el problema, realizar una lluvia de ideas, discutir las alternativas y decidir la estrategia a usar.

Instrucciones para el Facilitador:

1. Prever que los participantes tengan espacio suficiente para discutir los problemas elegidos para la aplicación de los pasos de la solución de problemas.
2. Dar las instrucciones de forma clara y precisa.
3. Guiar el desarrollo de la actividad.
4. Controlar el tiempo.

Instrucciones para los participantes:

“Nos dividiremos en parejas y cada uno tendrá que elegir una de las situaciones que identificó anteriormente. Luego con ayuda de su pareja, van a tratar de orientar, definir el problema, realizar una lluvia de ideas (elaborar las estrategias de solución), discutir las alternativas y decidir la estrategia a usar. Pueden preguntar al facilitador si tienen dudas”.

Cuando hayan finalizado la actividad, se les pedirá a los participantes: “ahora vamos a exponer los problemas que solucionamos y que alternativas se generaron en el proceso”.

Evaluación: La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes, logra usar los pasos de la solución de problemas correctamente al decidir estrategias a usar en situaciones problemáticas relacionadas con el cuidado del paciente con cáncer.

Riesgo de aplicación:

- Que no se entiendan las instrucciones.
- Escasa participación del grupo.
- Que algún participante no quiera exponer sus problemas personales al grupo.
- Manejo del tiempo.

Cierre, comentarios sobre la sesión de hoy. Evaluación

SESIÓN 4

¡Valores personales, proyecto de vida y metas para el futuro!

Objetivo: Que los participantes fijen metas de vida guiadas por sus habilidades personales.

Dirigido a: 8 participantes.

Actividad 1: Mis valores personales

Objetivo específico: Establecer los valores personales en las diferentes áreas de la vida de los cuidadores.

Tiempo: 20 minutos.

Materiales: Cuaderno de trabajo y lápiz, manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Se les pide a los participantes la tarea de definir sus valores en diferentes dominios, que incluyen: sus relaciones de pareja, la recreación, la espiritualidad, su participación ciudadana, su bienestar físico.

Instrucciones para el Facilitador:

1. Dar las instrucciones de forma clara y precisa.
2. Guiar el desarrollo de la actividad.
3. Controlar el tiempo.

Instrucciones para los participantes:

“Ahora vamos a tratar de identificar sus valores personales. Quiero que discutamos los valores que ustedes tienen en cuanto a las diferentes áreas de su vida como sus relaciones de pareja, la recreación, la espiritualidad, su participación ciudadana, su bienestar físico. Luego anotaremos eso en nuestro cuaderno del compromiso”.

Evaluación: Se considera un éxito si todos los participantes logran identificar sus valores para el 80% de las áreas de su vida.

Riesgo de aplicación:

- Que no se entiendan las instrucciones.
- Escasa participación del grupo.
- Manejo del tiempo.

Dinámica 1: Las etiquetas.

Objetivo específico: Promover la participación de diversos gestos y preguntas para la activación del buen humor y atención a las actividades de la sesión.

Tiempo: 20 minutos.

Materiales: Material impreso, Post-it y bolígrafo

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Esta dinámica contribuirá a que los participantes fortalezcan los nexos con el grupo y los facilitadores, adicionalmente, elevará el nivel de atención para la siguiente actividad.

Instrucciones para el Facilitador:

1. Prever la disposición del espacio y materiales suficientes para realizar la dinámica.
2. Dar las instrucciones de forma clara y precisa.
3. Mostrar en la pantalla el nombre del personaje que debe adivinar, mientras éste se para frente a sus compañeros.
4. Guiar el desarrollo de la actividad.
5. Controlar el tiempo.

Instrucciones para los participantes:

Los participantes se sitúan en semicírculo y de uno en uno se van poniendo de pie y de espaldas a la pantalla; en ese momento, el facilitador muestra el nombre de un personaje conocido en ésta. Cuando aparezca el nombre, se le indica que ya puede empezar a hacerle preguntas al resto de sus compañeros sobre las características de su personaje (ej. Si es hombre o mujer, si es cantante, actor, etc.) para saber de quién se trata. Los compañeros pueden dar pistas sin decir el nombre, hasta que el participante logre adivinar el personaje.

Evaluación: La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes logran identificar al personaje asignado por los facilitadores.

Riesgo de aplicación:

- Que no se entiendan las instrucciones.
- Escasa participación del grupo.
- Manejo del tiempo.
- Que algún participante no quiera realizar la dinámica.

Actividad 2: Mis metas para la vida

Objetivo específico: Que los participantes logren establecer metas guiadas por sus valores y fijen los pasos que deben seguir para alcanzarlas planificando su Proyecto de Vida.

Tiempo: 30 minutos

Materiales: Papel y lápiz, manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint.

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Se les pedirá a los participantes que elaboren sus metas personales para el futuro. Luego se les pedirá que diseñen su Proyecto de Vida planificando las actividades o pasos que deseen llevar a cabo para cumplir dichas metas personales.

Instrucciones para el Facilitador:

1. Dar las instrucciones de forma clara y precisa.
2. Guiar el desarrollo de la actividad.
3. Controlar el tiempo.

Instrucciones para los participantes:

“Escriban sus metas personales para el futuro. De las tres metas más importantes, diseñen las actividades o pasos que deseen llevar a cabo para cumplir dichas metas personales. Al finalizar, expondrán una de ellas al grupo”.

Evaluación: Se considera un éxito si todos los participantes logran diseñar pasos viables para al menos dos de sus metas y exponen una al grupo.

Riesgo de aplicación:

- Que no se entiendan las instrucciones.
- Que algún participante no quiera realizar la actividad.
- Manejo del tiempo.

Actividad 3: La metáfora del pantano.

Objetivo específico: Que los participantes logren identificar la relación entre sus habilidades personales y sus metas.

Tiempo: 20 minutos.

Materiales: Cuaderno de trabajo, manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint

Humanos: Facilitadores, participantes.

Descripción: Se leerá la metáfora del pantano y luego se analizará con los participantes.

Instrucciones para el Facilitador:

1. Prever que cada participante tenga su cuaderno de trabajo para que se pueda guiar en la lectura de la metáfora.
2. Guiar el desarrollo de la actividad.
3. Aclarar dudas de los participantes si es necesario.
4. Controlar el tiempo establecido para realizar la actividad.

Instrucciones para los participantes:

“Imagínense que empiezan un viaje hacia una hermosa montaña, que pueden divisar claramente a lo lejos. Pero casi de inmediato, se percatan que tienen frente a sí un enorme pantano. Y ustedes piensan: “No sabía que tendría que atravesar este pantano. Es apesadoso y el lodo se pegotea en mis zapatos. No puedo sacar mis pies del fango. Estoy mojado y me siento cansado ¿Por qué nadie me dijo que había este pantano?”

En esta situación, ustedes pueden elegir entre abandonar el viaje o entrar en el pantano. Así es la terapia... ¡Así es la vida! Vamos a través del pantano, no porque queramos enlodarnos, sino porque es lo que se atraviesa entre nosotros y donde queremos llegar. Piensen en la montaña del cuento como alguna de las metas que ustedes han diseñado hoy y el pantano son situaciones que ustedes experimentarán para poder alcanzar un nivel de crecimiento y una meta final. ¿Cómo creen que ésta metáfora aplica en sus vidas?”

Evaluación: Se considera un éxito si todos los participantes logran identificar cómo aplica la metáfora en su situación.

Riesgo de aplicación:

- Que los participantes no relacionen la metáfora con su vida.
- Que algún participante no quiera participar.
- Manejo del tiempo.

Dinámica 2: Retroalimentación y despedida.

Objetivo específico: Estimar los logros cognitivos y afectivos como resultado de las sesiones.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: Certificados.

Humanos: Facilitadores y participantes.

Descripción: Se les pedirá a los participantes que expresen qué experiencia y conocimientos se llevan a casa.

Instrucciones para el Facilitador:

1. Dar las instrucciones a los participantes de forma clara y precisa.
2. Guiar el desarrollo de la actividad.
3. Estar atento a que todos los participantes manifiesten sus impresiones.
4. Controlar el tiempo establecido para realizar la dinámica.

Instrucciones para el participante: Quisiéramos que expresen de forma verbal como se sintieron durante las sesiones realizadas, que nos comenten qué aprendizajes se llevan de este taller y qué valoran de la experiencia en general.

Reforzando al participante: Cuando los participantes terminen de hablar, se debe realizar un comentario general que exprese las características positivas que los facilitadores observaron en los participantes. Luego los facilitadores se despedirán de los participantes.

Evaluación: La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes emiten expresiones verbales tales como "Logré...", "Aprendí...", "Me comprometo a...", entre otras, que den evidencia que hubo logros cognitivos y afectivos.

Riesgo de aplicación:

- Escasa participación del grupo.
- Que algún participante no manifieste logros cognitivos o afectivos.
- Que algún participante no quiera realizar la dinámica.
- Manejo del tiempo.

Anexo 3: Evaluación apreciativa por parte de los Participantes

Sesión 1: ¡Aceptación y Compromiso!

Me pareció muy bien, motivadora, agradable y especialmente favorable y educativa para ayudarnos a sobrellevar esta etapa de nuestra vida.

Agradecida,

Z.A.

Me pareció interesante sentí que me relajé un poco y estoy llena de expectativas para aprender las estrategias para solventar parte de esta situación

A.R.

Me pareció excelente debería aplicarse con todos los familiares que vienen a la Oncología. Por lo menos 2 veces a la semana

X.M.

La actividad me pareció muy interesante, informativa y fructífera, además me sirvió para comprender ciertas situaciones por las que he pasado como cuidadora y cuidador que debo cambiar en momentos.

Felicidades por sus exposiciones. Gracias

F. H.

Nota: La actividad realizada el día de hoy, fue excelente. Las jóvenes encargadas del dar el taller lo hicieron muy bien, aplicando las herramientas requeridas en las personas que participamos

"Las felicito"

B.C.

muy buena, ayuda muchísimo me sentí muy bien, me relajé mucho, es muy interesante. es muy buena la idea.

C.P.

Me pareció muy bien.

Pienso que me va a ayudar a afrontar la situación con mi nieto.

U.D.

Me pareció excelente porque permitió:

- Un momento de reflexión
- Conocer nuevas amistades
- Saber que tengo otras soluciones a mis problemas
- Que fue una mañana agradable.

A.B.

Bueno en esta primera reunión me sentí muy contenta y aprendí muchas cosas buenas. Y fue agradable compartir y conocer como ayudar a otros que también lo necesitan. Gracias a Dios y a quienes ponen en ustedes el deseo de ayudar y enseñarnos. Dios las Bendiga.

L.E.

Me pareció excelente bien contento animado fue una buena experiencia de la conferencia.

de verdad gracias por ese momento tan bonito

L.D.

El inicio del taller me pareció muy bueno, la interacción con los compañeros y la actitud empática y fluida. Me sirvió para relajarme e integrarme.

Gracias
Elena B.

Sesión 2: ¡Aceptación y Compromiso II!

muy buena la verdad me abate
muchísimo, esta experiencia fue
muy buena, la relajación y
la respiración es algo muy
necesario para todos los
seres humanos y para gente
como nosotros que a diario
tenemos mucha tensión y
preocupación de verdad.
muchas gracias
muy buena.

C.P.

Muy buena la actividad
de hoy, aprendí actividades
de relajación muy completas
las dinámicas aplicadas
muy buena.

Felicidades por su facilidad
en el manejo de los grupos
y situaciones. Gracias.

F.H.

¡Excelentes las dinámicas!
Las felicito de verdad
Dios quiera que se pue-
dan aplicar en esta ins-
titución y en otras. Son
de Mucha Ayuda.

X.M.

Muchas gracias, la forma
de hoy gratificante, es-
tira y amena.

Z.A.

fo. actividad de hoy
Me parece muy bien.

M.H.

Todo fue perfecto Emocional
y muy divertido He senti de
lo mejor gracias por tan
bonitas conferencias

S.D.

- La técnica de relajación aplicada en el taller de hoy, fue muy efectiva para mí e igualmente los tópicos tratados entre los que asistimos...

B.C.

Fue muy importante esta experiencia de hoy, ya que en ella realizamos unas terapias de relajación y en ella, podemos sentir como manejar nuestra tensión en la post-acción de nuestro día a día y poder aportar algo a nuestro Paciente.

MU GRACIAS



M.Z.

aplicar la técnica de respiración. El grupo estuvo integrado y comprometido.

Gracias

L.B.

Sesión 3: ¡Solución de Problemas!

Muy buenas las dinámicas de hoy para ponerlas en práctica en nuestra vida diaria. ¡Gracias!

X.H.

En esta sesión el aprendizaje fue muy efectivo y me permitió alcanzar nuevas ideas con respecto a conseguir trabajando con mi familia para superar su expectativa de vida. Gracias a ustedes por los valiosos aportes en su campo profesional.

F.A.

La actividad de hoy fue
muy buena
M.M.

Te todo taller se lleva uno
siempre puntos que se pueden
aplicar a nuestra realidad
actual y este de hoy está dentro
de ella.

— Gracias —

Toda actividad deja
un aprendizaje. tengo
otro instrumento en
mis manos para usarlo
en el bien propio y de
terceros.

Gracias.

A.C.

Hoy me siento feliz
& este loopo y gracias a
Dios y las personas
q me me ayudado con
su enseñanza, e Aprendi
Mucho sobre todo como
Atender a los que sufren
muy Ayudado

Gracias—

L.E. —

Sesión 4: ¡Valores personales, proyecto de vida y metas para el futuro!

Estoy muy agradecida xq. e
 Aprendido muchas cosas buenas
 Aquí con ustedes gracias muchas
 gracias de verdad que Dios
 derrame cada día mucha
 bendiciones y los de sabiduría y
 Amor para seguir adelante..
 muy Agradecida

Dios Los Bendiga -

L.E.

Conclusiones

Recibi datos y hemo
 tas favorables para mi
 timidad como pudeo
 como cuidarme para su
 una mejor ayuda a mi
 lias. El refresco de
 las de esta actividad
 aconsejate para retomar
 que no estemos procti
 Considero deo aprendiza
 en mi y a de aplicarse
 continuamente con otros
 grupos Gracias

Esito

A.C.

Es, 30/03/2017.

Las facilitadoras se valieron de
 todas las herramientas a su alcance
 para que el taller fuese captado y
 practicado en las diferentes
 situaciones que se le presentara al
 participante con su familiar en
 determinado tiempo.

B.C.

"felicitaciones"

el taller en Genanf.
 se prese una actividad
 muy buena por que por
 medio de ello nos ayuda
 a a solucionar la situacion
 de tener un familiar con
 una enfermedad.

los felicitó por el
 tiempo que han dedicado
 a ello.

Mil gracias por todos los
 momentos que nos han aportado.

gracias
 AT

Excelente! Debería ser
Aplicado siempre en esta
Institución; es muy productivo
y enriquecedor.

¡Felicidades Muchachas!

"LAS VOY A EXTRAÑAR"

X.M.

El taller me pareció muy
bueno, de mucha utilidad.
Aprendí a ser más empática
compasiva y a entender
que en la vida no hay nada
gratis y que hay que hacer
lo posible por hacer lo que
realmente me gusta y dar me
placidez a mí misma. Reforzo
mis vulnerabilidades.
Las felicitaciones y ánimos,
positivos y amorosos.

Agradezco este tipo de
iniciativas que nos ayudan a
crecer y a entender la
vida y no por pura rutina.

L.B.

Muchas agradecido por este
especial momento
con mis hermanas con ustedes y
las que participaron

y siempre pidiéndole a Dios
que les dé fuerzas y voluntad
para que sigan adelante
con estos hermosos talleres

de verdad muy agradecido

y mil Bendiciones

y que sigan adelante

L.D.

30.3.17

Este taller me pareció
muy bueno, aprendí herramientas
para mejorar mis condiciones
como cuidador, comprendo
que hay que ponerse en
lugar del enfermo y tener
mucho paciencia, el go
de compartirlo exitosamente
y a Gabriela e Soledad
felicitarlos, ellos en sus
vidas y en su profesión
de Psicólogos serán de
muy provecho y de ayuda
al próximo.

Felicidades
Nos vemos.
F.H.

Ha sido muy bueno el taller
me ha caído de un bueno.
en realidad muy productivo
para cada uno de nosotros.
aprendi a relajarme, lo que
las cosas no se solucionan
con preocupación,
muchísimas gracias, y
bendiciones para ustedes
y que sigan ayudando a
las personas.

muchos gracias.

C.P.

Este taller para mí fue de gran
importancia por que en el futuro muchos
conocimientos los cuales se ponen en
práctica día a día.

También es una herramienta para
cumplir unos roles con el paciente

- También pude obtener mucho
material de apoyo para nuestro
día cotidiano en el trabajo en
casa, con los hijos, pareja (et cetera)
aplicando también los valores, la
ética, la responsabilidad, el respeto
la fe,

- También pude poner en
práctica el taller y es como
uno aplica la frase cuidando al
cuidador. lo cual lo hice con
mi cuñada y sobrina.

Mi gracias personas como
ustedes es que necesitan la
sociedad para ayudar a un
grupo de familias que necesitan
de una ayuda profesional.

☺ felicitaciones Cabrita 72591

M.Z.

Estoy muy agradecida por haber
tenido la posibilidad de participar
en el taller, aprendi muchas
cosas que me están ayudando
a pasar esta situación

puedo aplicar las herramientas
de relajación que me ayudan
a sentirme mucho mejor
y a mi vez a mi familia

Gracias

A.R.

Agradezco con ustedes
por las herramientas que me
suministraron para ayudarme
a superar esta etapa de
muertes vividas. las cuales me
van a servir para ser aplic
ples en el día a día.

Declaro a sus personas muy
dedicados y profesionales e
su área.

Quisiera que muchos hospitales
e instituciones contarán con su
ayuda.

Muchas bendiciones y quite.

Berón. - Z.A.

Anexo 4: Carta de solicitud de permiso a Institución.

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología



Caracas, 02 de marzo 2016

Complejo Hemato-oncológico y de Radiocirugía Dr. Domingo Luciani
Dra. María Ignacia Arraiga
Dra. Migbelia Acosta

Estimado colaborador, la presente misiva tiene como objetivo solicitarle apoyo en la realización de la tesis de investigación para cumplir con los requerimientos académicos de la materia Seminario de Investigación; la cual, corresponde al plan de formación de la escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela.

El proyecto en cuestión se titula: **Efectos del programa de Intervención conductual “cuidando al cuidador” sobre la ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes oncológicos del Complejo Hemato-Oncológico y de Radiocirugía Dr. Domingo Luciani**

El objetivo fundamental de esta investigación es evaluar la efectividad y eficacia del programa de intervención conductual “Cuidando al cuidador”; orientado a reducir los niveles de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes oncológicos. En términos concretos, su colaboración para el mismo, si decide aceptar, constara de tres grupos cada uno de ellos con cuatro sesiones, una semanal, de cuatro horas cada una. Su participación será de gran importancia, no solo para la evaluación de programas en contexto hospitalario, sino que también será un gran aporte para el desarrollo de la investigación psicológica venezolana.

Cabe destacar que el proceso de recolección de información está siendo estrictamente supervisado por la tutora Lic. Marielys Meneses. En virtud de lo cual, se garantiza el cumplimiento a los aspectos éticos asociados al proceso de investigación de esta naturaleza, en concordancia con el código de ética vigente, tanto de la ciencia como del profesional de la psicología en Venezuela, de manera que los participantes en el estudio cuentan con la protección, discreción, anonimato y confidencialidad con el que deben ser tratados los datos que se obtienen de investigaciones científicas en el área de la Psicología.

Sin más a que hacer referencia, agradeciendo de antemano su colaboración, se despide.

Lic. Ester Alzualde
Coordinación de Seminario de Investigación
Departamento de Psicología Clínica
Escuela de Psicología– UCV

Anexo 5: Cuaderno de trabajo del Cuidador.

*Universidad Central de Venezuela.
Facultad de Humanidades y Educación.
Escuela de Psicología.*

¡CUIDANDO AL CUIDADOR!
(Cuaderno de trabajo)



Cuidador:

*Facilitadoras:
Gabriela Nieto
Isabel Pabón*

CONOCIENDO A MI COMPAÑERO (A):

¿Nombre? _____

¿Edad? _____ ¿Cuánto tiempo llevas de cuidador? _____

¿Qué vínculo tienes con el paciente? _____

Tres palabras que describan tu experiencia como cuidador: _____

¿Qué te gusta (lugares, comidas, cosas, etc)? _____

¿Qué no te gusta? _____

¿Trabajas? _____

Otros: _____

¡Tiempo!

METÁFORA DEL JARDINERO:

“Supón que eres un jardinero y que amas tu jardín, que te gusta cuidar de tus plantas y nadie más que tú, tiene responsabilidad sobre el cuidado de tus plantas.

Supón que las plantas son como las cosas que quieres en tu vida y piensa: ¿Cuáles son las plantas de tu jardín? ¿Cómo ves las plantas como jardinero? ¿Tienen flores, huelen bien, están frondosas? ¿Estás cuidando las plantas que más quieres como querrías cuidarlas?

Claro que no siempre dan las flores en el lugar que quieres, en el momento que lo deseas; a veces se marchitan a pesar del cuidado; la cuestión es cómo ves que las estás cuidando, ¿Qué se interpone en tu camino con las plantas, en su quehacer para con ellas? Quizás estés gastando tu vida en una planta del jardín. En los jardines, crecen malas hierbas. Imagina un jardinero que las corta tan pronto las ve, pero las malas hierbas vuelven a aparecer y nuevamente el jardinero se afana en cortarlas y así abandona el cuidado del jardín para ocuparse de ese problema. No obstante, las malas hierbas, a veces, favorecen el crecimiento de otras plantas, bien porque dan

espacio para que otras crezcan, bien porque hacen surcos. Puede que esa planta tenga algún valor para que las otras crezcan. A veces las plantas tienen partes que no nos gustan pero que sirven, como ocurre con el rosal que para dar rosas ha de tener espinas.

Cualquier jardinero sabe, que el crecimiento de sus plantas no depende de su estado de ánimo, sino que cada planta requiere un cuidado sistemático y apropiado y a pesar de ello, nadie puede garantizar el resultado completo con cada planta... Quizá al jardinero le gustase que el cuidado de una planta diese a la luz una planta con un número de flores blancas de un tamaño preciso, en un tiempo concreto. Pero el jardinero sabe muy bien que la planta puede ofrecer otras flores distintas, en menor número y desprendiendo un olor menos agradable que el deseado, o quizá más. No es algo que el jardinero pueda controlar. La cuestión es si a pesar de ello valora el cuidado de esas plantas. A veces puede impacientarse si la planta tarda en crecer o lo que crece inicialmente no le gusta. Si el jardinero arrancara de cuajo lo plantado y pone otra semilla, nunca verá crecer la planta y su vida girará sólo en poner semillas sin llegar a vivir cada momento del crecimiento. Otra opción es seguir cuidando las plantas, con lo que ofrezcan en cada momento”.

¿Estas contento con el cuidado de tu jardín?

METÁFORA DE LAS ARENAS MOVEDIZAS

“La metáfora de las arenas movedizas, sería como si ustedes estuvieran atrapados en arenas movedizas. Por supuesto, intentarían hacer lo que pudieran para salir de ellas, aunque lo que supieran e hicieran, solo los llevará a enterrarse más profundo. Lo único que se puede hacer con las arenas movedizas, es extender el cuerpo y tratar de entrar en contacto, lo más posible con ellas. Quizá lo que a ustedes les pasa es parecido. No es muy lógico al principio, pero puede ser que lo que ustedes deben hacer, es parar de batallar y en lugar de ello, entrar en contacto total con lo que ha estado tratando de evitar”

¿En algún momento de tu situación como cuidador, has sentido que estas, como en el cuento, dentro de arenas movedizas?



METÁFORA DEL CAMPO DE HOYOS

“Un hombre iba por el campo, llevando una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. Se le había dicho que su tarea consistía en correr por ese campo con los ojos vendados. El hombre no sabía que en la granja había hoyos grandes y muy profundos, lo ignoraba completamente. Así que empezó a correr por el campo y cayó en uno de esos grandes agujeros. Empezó a palpar las paredes del hoyo y se dio cuenta de que no podía saltar fuera y de que tampoco había otras vías de escape. Miro en la bolsa de herramientas que le habían dado, para ver si había algo que pudiera usar para escapar del hoyo, y encontró una pala. Eso es todo lo que tenía. Así que empezó con diligencia, pero muy pronto advirtió que no salía del hoyo. Intento cavar más y más y más y más rápido, pero seguía en el hoyo. Lo intento con grandes paladas y con pequeñas, arrojando lejos la tierra o arrojándola cerca... pero seguía en el agujero. Todo ese esfuerzo y todo ese trabajo, y lo único que conseguía es que el hoyo se hiciese cada vez más y más profundo. Entonces se dio cuenta, que cavar no era la solución, no era la forma de salir del hoyo, al contrario, cavando es como se hacen los hoyos más grandes. Entonces empezó a pensar que quizás todo el plan que tenía estaba equivocado y que no tenía solución, ya que cavando no conseguía una escapatoria, lo único que hacía era hundirse más. Vemos aquí como una persona puede utilizar la estrategia equivocada para salir de una situación difícil, y darse cuenta de ello.”

Por favor, traten de dar dos ejemplos de situaciones en las que han utilizado estrategias de evitación o control emocional. ¿Cómo se sintieron después de usar esas estrategias de evitación? ¿Se solucionó su problema? ¿Cuál sería su actitud ante dicha situación ahora que conocen la información dada en la sesión?”

1) _____

2) _____

¡VAMOS A RELAJARNOS!

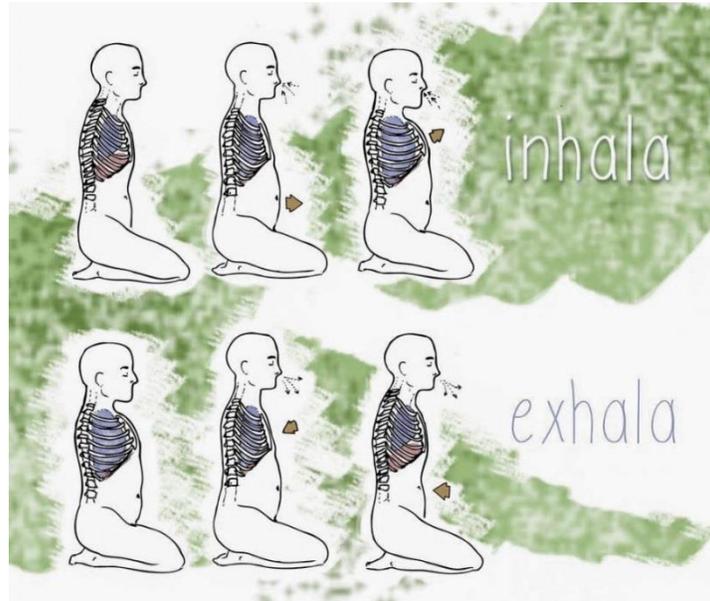
Primero coloca tus dos manos sobre tu abdomen. Ahora expulsa a fondo el aire de tus pulmones varias veces, puedes hacer algunos suspiros o exhalar por la boca. Vacía bien los pulmones de aire. Cuando ya no tengas aire en tus pulmones, inicia la respiración profunda dirigiendo el aire al inspirar “hacia tu abdomen” como si quisieras empujar hacia arriba tus manos que están sobre él.

Retén el aire en tus pulmones, pero no presiones con tus manos.

Cuando sientas la necesidad de expulsar el aire, hazlo relajando tu vientre, este se “desinflará” y las manos bajarán con él.

Quédate con los pulmones vacíos, sintiendo cómo te vas relajando, y en cuanto sientas nuevamente el impulso de inspirar, hazlo profunda y lentamente volviendo a llenar tus pulmones mientras tu abdomen sube.

Repite tres veces.



RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

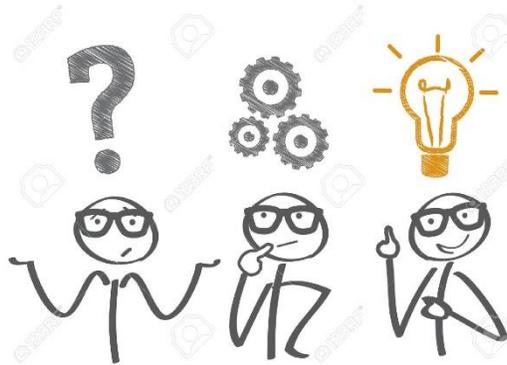
Consiste en tensar y relajar alternativamente grupos de músculos de todo el cuerpo en una secuencia ordenada: manos y antebrazos (cerrando el puño), brazo (tocándose el hombro con los dedos), hombros y cuello (encogiendo los hombros), nuca (tocando el pecho con la barbilla), labios (apretándolos), frente (frunciendo el ceño), abdomen/pecho (manteniendo una respiración profunda y tensando los músculos del abdomen), piernas y pies (empujando el talón hacia fuera, estirando los dedos hacia la cabeza, sin levantar la pierna).

El objetivo es hacer un seguimiento de la tensión física en la vida cotidiana, lo cual le ayudará a identificar los tensos que está en determinados momentos del día y qué es lo que desencadena una tensión excesiva para de esta manera, utilizar la relajación en momentos de tensión.



¡PASOS DE LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS!

1. **Orientación hacia el problema:** Conjunto de respuestas de orientación, que representan las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez con una situación problemática.
2. **Definición y formulación hacia el problema:** Consiste en clarificar y comprender la naturaleza específica del problema. Después de este paso, la persona puede valorar el problema de modo más preciso.
3. **Generación de alternativas:** Es hacer que estén disponibles tantas opciones como sea posible, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de que la solución <mejor> se encuentre entre ellas.
4. **Toma de decisiones:** El propósito es evaluar (juzgar y comparar) las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la(s) mejor(es), para ser llevada a cabo en la situación problemática real.
5. **Puesta en práctica (verificación):** Consiste en vigilar el resultado de la solución de problemas y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problemática.



¡SOLUCIONANDO PROBLEMAS!

(Ejercicio ejemplo)

Mónica, es una chica de 20 años, vive con su mamá y dos hermanos menores. Actualmente está cursando el tercer semestre de Contaduría Pública en una universidad privada. Hace 8 meses sus padres se separaron y ella ha tenido que colaborar más en las actividades de la casa y el cuidado de sus hermanos menores (10 y 13 años), desde la separación, su padre aporta muy poco para los gastos de la casa y el salario de la madre, apenas alcanza para mantener el hogar. Hace dos días, Mónica recibió un aviso de la Universidad en la que le informa que, de no ponerse al día con el pago del semestre, no podrá seguir asistiendo a las clases ni podrá presentar las evaluaciones.

¿Qué creen ustedes que debería hacer Mónica?

Paso 1: Orientación hacia el problema.

Paso 2: Definición y formulación hacia el problema.

Paso 3: Generación de alternativas.

Paso 4: Toma de decisiones.

Paso 5: Puesta en práctica (verificación).

¡SOLUCIONANDO PROBLEMAS!

“Carlos de 45 años, vive en Barquisimeto junto a su esposa y sus tres hijos (25, 22 y 19 años). Él es el chef de un reconocido restaurant de la ciudad, lugar en el que trabaja desde hace 15 años. En su tiempo libre practica kárate (es cinta negra) y disfruta tocando la guitarra y el piano y en ocasiones se conecta con amigos que tiene fuera del país para practicar su segunda lengua, el inglés.

Hace dos días, recibió una inesperada noticia, el restaurant en el que trabaja cerrará sus puertas por problemas económicos y él quedará sin trabajo. Actualmente está pagando la hipoteca de su casa, la universidad de dos de sus hijos y además él responde por el 80% de los gastos del hogar, ya que su esposa trabaja como maestra medio tiempo en un colegio y sus ingresos no son muy altos.

¿Cómo debería Carlos enfrentar esta situación?

SOLUCIÓN:

IDENTIFICO MIS PROBLEMAS:

1. _____

2. _____

PASOS PARA SOLUCIONAR MIS PROBLEMAS:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

MIS VALORES PERSONALES

¿Qué valores tienes en cuanto a las diferentes áreas de tu vida como tus relaciones de pareja, recreación, espiritualidad, participación ciudadana, bienestar físico?

Anexo 6: Certificado de participación.

	<p>Universidad Central de Venezuela Facultad De Humanidades y Educación Escuela de Psicología</p>	
<i>Certificado</i>		
Se otorga el presente certificado a:		
<i>Felicia Hurtado</i>		
Por su participación en el Programa:		
“Cuidando al Cuidador”		
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Prof. Eduardo Santoro Director Escuela de Psicología.		Lic. Marielys Meneses. Psicólogo Clínico IVSS
Caracas, marzo 2017		

Anexo 7: Planilla de registro inicial.

PROGRAMA CUIDANDO AL CUIDADOR. PLANILLA DE REGISTRO

#	NOMBRE Y APELLIDO	DÍA QUE ASISTE A ESTA UNIDAD	CORREO	Nro. Celular
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Anexo 8: Presentación del programa “cuidando al cuidador” vía telefónica.

Buenos días (tardes) , Sr (a). _____ le habla _____ responsable del programa “Cuidando al Cuidador” el cual se está promocionando en el Complejo Hemato-Oncológico y de Radiocirugía Dr. Domingo Luciani del Llanito y en el cual usted se registró.

Sr.(a) _____, éste programa tiene como finalidad, brindarle herramientas psicológicas, con el objetivo de promocionar la salud no solo física sino también psicológica, además de prevenir que usted se enferme ante el estrés que puede generar estar atendiendo a un paciente oncológico. Será una experiencia que le permitirá seguir creciendo como persona y poder aplicar este aprendizaje ante cualquier otra dificultad que le presente la vida.

Este programa consta de CUATRO sesiones de aproximadamente de TRES horas cada una, UNA SEMANAL y en ellas se estarán abordando temas como manejo de la ansiedad, solución de problemas, la aceptación, proyecto de vida, entre otros.

Es completamente gratis y además usted pasaría a ser parte de los (as) protagonistas y fundadores (as) de este programa que se espera pueda ser posteriormente incorporado a otros hospitales no solo de Caracas sino del país. Por eso su participación es muy importante para nosotros. Además, se entregará certificado de participación al finalizar el programa, avalado por la Escuela de Psicología de la UCV.

Lo que si me gustaría saber es, ¿si usted podría asistir al menos una mañana a la semana para recibir este programa?

El programa se estará dictando los lunes, miércoles y jueves en la mañana. De estos días ¿cuál le convendría más para poder asistir o le es indiferente el día?

¿Cuál es su parentesco con el Px?

Bueno Sr.(a) _____ muchísimas gracias por la atención, pronto nos estaremos comunicándonos nuevamente para informarle sobre la fecha de inicio del programa. Buenos días (tardes).

Anexo 9: Presentaciones PowerPoint para cada sesión del programa.

Sesión 1.

¡Cuidando al cuidador!



Bienvenidos FACILITADORAS:
GABRIELA NIETO
ISABEL PABÓN

¡CONOCIÉNDONOS!

Nombre

Edad

¿Cuánto tiempo llevas de cuidador?

¿Qué vínculo tienes con el paciente?

Tres palabras que describan tu experiencia como cuidador

¿Qué te gusta (lugares, comidas, cosas, etc)?

¿Qué no te gusta?

¿Trabajas?

Otros:

¡EXPECTATIVAS Y NORMAS!

- ❖ *¿Cuáles son sus expectativas para el taller*
- ❖ *¿Porque asistió hoy a esta actividad?*
- ❖ *Proponer normas que consideren puede ayudar a mantener la convivencia.*

¡METÁFORA DEL JARDINERO!



"Supón que eres un jardinero y que amas tu jardín, que te gusta cuidar de tus plantas y nadie más que tú tiene responsabilidad sobre el cuidado de tus plantas.

Supón que las plantas son como las cosas que quieres en tu vida y piensa: ¿Cuáles son las plantas de tu jardín? ¿Cómo ves las plantas como jardinero? ¿Tienen flores, huelen bien, están frondosas? ¿Estás cuidando las plantas que más quieres como querías cuidarlas?

Claro que no siempre dan las flores en el lugar que quieres, en el momento que lo deseas; a veces se marchitan a pesar del cuidado; la cuestión es cómo ves que las estás cuidando, ¿Qué se interpone en tu camino con las plantas, en su quehacer para con ellas? Quizás estés gastando tu vida en una planta del jardín.

¡METÁFORA DEL JARDINERO!



En los jardines crecen malas hierbas. Imagina un jardinero que las corta tan pronto las ve, pero las malas hierbas vuelven a aparecer y nuevamente el jardinero se afana en cortarlas y así abandona el cuidado del jardín para ocuparse de ese problema. No obstante, las malas hierbas, a veces, favorecen el crecimiento de otras plantas, bien porque dan espacio para que otras crezcan, bien porque hacen surcos. Puede que esa planta tenga algún valor para que las otras crezcan. A veces las plantas tienen partes que no nos gustan pero que sirven, como ocurre con el rosal que para dar rosas ha de tener espinas. Cualquier jardinero sabe que el crecimiento de sus plantas no depende de su estado de ánimo, sino que cada planta requiere un cuidado sistemático y apropiado y a pesar de ello, nadie puede garantizar el resultado completo con cada planta...

¡METÁFORA DEL JARDINERO!



Quizá al jardinero le gustase que el cuidado de una planta diese a la luz una planta con un número de flores blancas de un tamaño preciso, en un tiempo concreto. Pero el jardinero sabe muy bien que la planta puede ofrecer otras flores distintas, en menor número y desprendiendo un olor menos agradable que el deseado, o quizá más. No es algo que el jardinero pueda controlar. La cuestión es si a pesar de ello valora el cuidado de esas plantas. A veces puede impacientarse si la planta tarda en crecer o lo que crece inicialmente no le gusta. Si el jardinero arrancara de cuajo lo plantado y pone otra semilla, nunca verá crecer la planta y su vida girará sólo en poner semillas sin llegar a vivir cada momento del crecimiento. Otra opción es seguir cuidando las plantas, con lo que ofrezcan en cada momento".

¡METÁFORA DEL JARDINERO!

Pueden surgir varios planteamientos si extrapolamos las plantas de la metáfora a las diferentes áreas de nuestra vida:

- ❖Recreación-social
- ❖Familiar
- ❖Laboral
- ❖Sexualidad o pareja
- ❖Alimentación
- ❖Sueño, etc.

¡METÁFORA DEL JARDINERO!

Les presentaremos un conjunto de 8 imágenes que simbolizan diferentes plantas de su jardín para que ustedes, por turnos, puedan responder unas preguntas:



¡METÁFORA DEL JARDINERO!

¿Se han olvidado de regar alguna de estas plantas?

¿Dedican todo su tiempo a cuidar tan sólo una?

¿Dejan crecer las semillas que plantaron?

¿Están contentos con el cuidado de su jardín?

¡METÁFORA DEL JARDINERO!

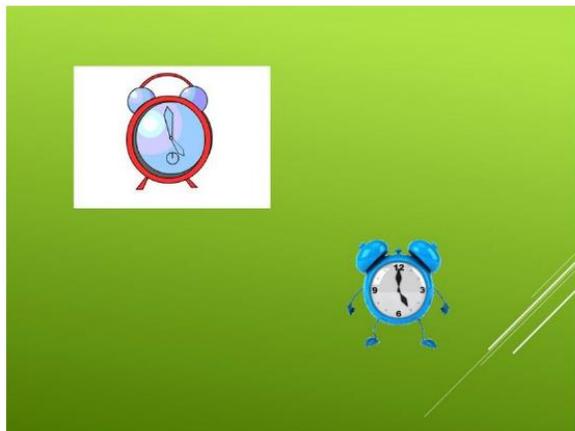
¿La situación de su familiar con cáncer los ha afectado emocionalmente? Si la respuesta es positiva explícanos cómo.

¿Que han intentado para superar las reacciones emocionales y los sentimientos sobre la situación de su familiar?

¿En qué áreas de sus vidas, les afecta el problema?"

¡METÁFORA DEL JARDINERO!

¿Consideran que esta metáfora fue útil para comprender el estado actual de algunas áreas de su vida?



¡METÁFORA DE LAS ARENAS MOVEDIZAS!



¡METÁFORA DE LAS ARENAS MOVEDIZAS!

“Ahora les contaremos la metáfora de las arenas movedizas, sería como si ustedes estuvieran atrapados en arenas movedizas. Por supuesto, intentarían hacer lo que pudieran para salir de ellas, aunque lo que supieran e hicieran, solo los llevará a enterrarse más profundo. Lo único que se puede hacer con las arenas movedizas, es extender el cuerpo y tratar de entrar en contacto, lo más posible con ellas.

¡METÁFORA DE LAS ARENAS MOVEDIZAS!

¿En algún momento de su situación como cuidador, han sentido que están, como en el cuento, dentro de arenas movedizas?

¿Qué hacen cuando se sienten mal, experimentan tristeza, desesperación, depresión, miedo, desazón, agobio, paralización?

¿Cuál efecto a corto y a largo plazo les produce las estrategias utilizadas ante la experimentación de la emoción incómoda?

¡METÁFORA DE LAS ARENAS MOVEDIZAS!

Quizá lo que a ustedes les pasa es parecido. No es muy lógico al principio, pero puede ser que lo que ustedes deben hacer, es parar de batallar y en lugar de ello, entrar en contacto total con lo que ha estado tratando de evitar”.



¡METÁFORA DEL CAMPO DE HOYOS!

“Un hombre iba por el campo, llevando una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. Se le había dicho que su tarea consistía en correr por ese campo con los ojos vendados. El hombre no sabía que en la granja había hoyos grandes y muy profundos, lo ignoraba completamente...”

**¡METÁFORA DEL CAMPO DE HOYOS!**

Así que empezó a correr por el campo y cayó en uno de esos grandes agujeros. Empezó a palpar las paredes del hoyo y se dio cuenta de que no podía saltar fuera y de que tampoco había otras vías de escape. Miro en la bolsa de herramientas que le habían dado, para ver si había algo que pudiera usar para escapar del hoyo y encontró una pala...

**¡METÁFORA DEL CAMPO DE HOYOS!**

Eso era todo lo que tenía. Así que empezó con diligencia, pero muy pronto advirtió que no salía del hoyo. Intento cavar más y más y más y más rápido, pero seguía en el hoyo. Lo intentó con grandes paladas y con pequeñas, arrojando lejos la tierra o arrojándola cerca... pero seguía en el agujero.

**¡METÁFORA DEL CAMPO DE HOYOS!**

Todo ese esfuerzo y todo ese trabajo, y lo único que conseguía es que el hoyo se hiciese cada vez más y más profundo. Entonces se dio cuenta, que cavar no era la solución, no era la forma de salir del hoyo, al contrario, cavando es como se hacen los hoyos más grandes.

**¡METÁFORA DEL CAMPO DE HOYOS!**

Entonces empezó a pensar que quizás todo el plan que tenía estaba equivocado y que no tenía solución, ya que cavando no puede conseguir una escapatoria, lo único que hacía era hundirse más. Vemos aquí como una persona puede utilizar la estrategia equivocada para salir de una situación difícil, y darse cuenta de ello”.

**¡METÁFORA DEL CAMPO DE HOYOS!**

¿Cuáles serían las estrategias inadecuadas para manejar las emociones desagradables? (traten de dar un ejemplo de situaciones en las que han utilizado estrategias inadecuadas para manejar sus emociones).

¡METÁFORA DEL CAMPO DE HOYOS!

¿Cómo se sintieron después de usar esas estrategias?

¿Se solucionó su problema?

¿Cuáles serían las estrategias adecuadas para manejar las emociones?

¿Cómo se sintieron con esta actividad?

¿Consideran que es útil saber manejar las emociones de forma adecuada?

¿Por qué?

¡ANTES DE TERMINAR ESTA PRIMERA SESIÓN!

- ❖ Realiza tu evaluación del día
- ❖ Próxima cita: Trae una toalla
- ❖ Veremos Técnicas de relajación y respiración
- ❖ Puntualidad

Preguntas, comentarios.

Gracias.

Sesión 2.

¡Cuidando al cuidador!



Bienvenidos

TECNICAS DE RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN



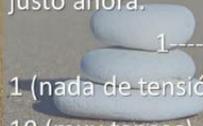
Facilitadoras:
Gabriela Nieto
Isabel Pabón

¡Aprendiendo a respirar!



¡Aprendiendo a respirar!

Antes de iniciar esta práctica, nos gustaría que nos dijeran que tan tensos se sienten justo ahora.



1----- 10

1 (nada de tensión, muy relajados)

10 (muy tensos)

¡Aprendiendo a respirar!

Primero coloca tus dos manos sobre tu abdomen y expulsa todo el aire de tus pulmones varias veces, puedes hacer algunos suspiros o exhalar por la boca. Vacía bien los pulmones de aire.

¡Aprendiendo a respirar!

Cuando ya no tengas aire en tus pulmones, inicia la respiración profunda dirigiendo el aire al inspirar "hacia tu abdomen" como si quisieras empujar hacia arriba tus manos que están sobre él.

¡Aprendiendo a respirar!

Retén el aire en tus pulmones, pero no presiones con tus manos. Cuando sientas la necesidad de expulsar el aire, hazlo relajando tu vientre, este se "desinflará" y las manos bajarán con él.

¡Aprendiendo a respirar!

Quédate con los pulmones vacíos, sintiendo cómo te vas relajando y, en cuanto sientas nuevamente el impulso de inspirar, hazlo profunda y lentamente volviendo a llenar tus pulmones mientras tu abdomen sube".

¡Aprendiendo a respirar!

¿Practicamos?

¡Aprendiendo a respirar!

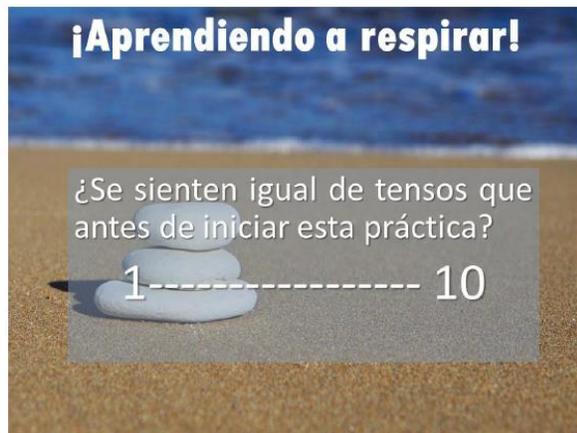
IMPORTANTE:

Practica esta actividad de relajación en casa dos veces al día: en la mañana (antes de levantarse de la cama) y en la noche (antes de dormir).

¡Aprendiendo a respirar!

¿Se sienten igual de tensos que antes de iniciar esta práctica?

1-----10



¡Venciendo al pensamiento!

Defusión Cognitiva

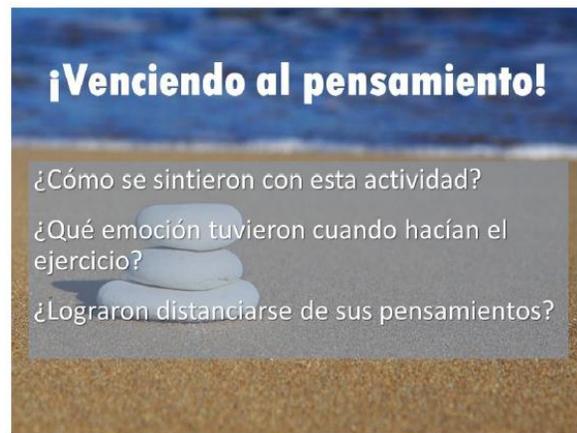


¡Venciendo al pensamiento!

¿Cómo se sintieron con esta actividad?

¿Qué emoción tuvieron cuando hacían el ejercicio?

¿Lograron distanciarse de sus pensamientos?



!RELAJÁNDONOS!



DEFINICION

- La relajación implica la distensión (disminuir la tensión) muscular y mental
- Facilita la recuperación de la calma.
- Genera bienestar y salud.

VENTAJAS DE LA RELAJACIÓN

- Permite que el cuerpo use la energía de una forma más eficiente.
- Ayuda a proteger de enfermedades.
- Disminuye el ritmo cardíaco y la T.A.

RELAJACIÓN PROGRESIVA (CONTRACCIÓN - RELAJACIÓN)

- Los músculos y el sistema nervioso están estrechamente relacionados.
- Los eventos estresantes producen pequeñas contracciones musculares.
- La presencia de tensión muscular suele reflejar la tensión emocional.
- Se busca liberar tensión muscular para mejorar el estrés.

RELAJACIÓN PROGRESIVA (CONTRACCIÓN - RELAJACIÓN)

- Hay que aprender a reconocer la sensación que produce la tensión muscular para controlarla.
- El método consiste en contraer los diferentes grupos musculares por segmentos y luego relajarlos súbitamente.

RELAJACIÓN PROGRESIVA (CONTRACCIÓN - RELAJACIÓN)

Requisitos:

- Habitación tranquila.
- Sitio donde acostarse.
- Se puede usar una almohada.
- Boca arriba.
- No cruzar brazos o piernas.
- Cerrar los ojos al estar más relajado.



RELAJACIÓN PROGRESIVA (CONTRACCIÓN - RELAJACIÓN)

- Al principio puede ser difícil, pero con el tiempo se va logrando la relajación de forma más rápida.
- El tiempo ideal cuando iniciamos la práctica de esta técnica es de 45 min a 1 hora.
- Posteriormente, con la práctica, ya no es necesaria la contracción para lograr la relajación.

RELAJACIÓN PROGRESIVA (CONTRACCIÓN - RELAJACIÓN)

Importante, al terminar:

- Empezar a moverse lentamente.
- Abrir los ojos.
- Tratar de notar lo relajado que ahora se encuentra.
- Al perfeccionar la técnica se puede lograr la relajación en las actividades diarias.

RELAJACIÓN PROGRESIVA (CONTRACCIÓN - RELAJACIÓN)

Antes de iniciar el proceso de relajación, indica, en una escala del 1 al 10, donde 1 es muy relajado y 10 muy tenso o estresado, ¿cuál es tu nivel actual de tensión?

Ahora, vamos a practicar...

Es importante que te concentres en tu cuerpo y sigas las instrucciones que se darán a continuación.

RELAJACIÓN PROGRESIVA (CONTRACCIÓN - RELAJACIÓN)

Luego de esta experiencia...

¿Cómo te sientes ahora?

¿Cuál es tu nivel de tensión en la escala del 1 al 10?

TÉCNICA DEL CIENTÍFICO



TÉCNICA DEL CIENTÍFICO

Luego de esta experiencia...

¿Cómo se sintieron al visualizar esos pensamientos desagradables?

¿Lograron disminuir ese malestar emocional con el ejercicio?

¿En que posición de la escala de tensión estarían?



Sesión 3.



Calidad de Vida

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".



Calidad de Vida

Se debe tomar en cuenta que es un concepto multidimensional, que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y/o el empleo, así como situación económica, entre otros.



Calidad de Vida

Es por ello, que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar, así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien".



Calidad de Vida y Salud

La evaluación de calidad de vida en un paciente, representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento, tienen sobre la percepción que tiene el paciente de su bienestar.



Calidad de Vida y Salud

ES IMPORTANTE DESTACAR QUE...

Desde el punto de vista clínico, es clásico observar que, para muchos pacientes sus valores personales o sus creencias religiosas, ideológicas, políticas, influyen sobre su estado de ánimo y pueden ser una fuente de fortaleza que actúa sobre la salud.



Calidad de Vida y Salud

ES IMPORTANTE DESTACAR QUE

La necesidad de darle un sentido a la vida es un rasgo universal, esencial a la vida misma; la falta de sentido puede engendrar sentimientos de vacío y desesperación (¿para qué vivir? ¿cuál es el sentido?). La necesidad de esperanza y voluntad de vivir, es importante tanto para personas sanas como enfermas.



Salud y Resiliencia

Factores de la resiliencia:

4. Usar la empatía.

Salud y Resiliencia

Factores de la resiliencia:

5. Practicar la inteligencia emocional

¿Se consideran resilientes?

Salud y Optimismo

El optimismo además de estar asociado a un mayor bienestar, parece tener un importante papel en la salud física de las personas, ya que se relaciona con una mayor protección ante la enfermedad y con mayor esperanza de vida.

Por ejemplo, ante situaciones estresantes, el organismo de los optimistas genera respuestas de inmunocompetencia mejores que la de los pesimistas y tiene un mejor estado del sistema inmunológico. Adicionalmente, parece prevenir enfermedades en dos sistemas básicos para la supervivencia: el respiratorio y el cardiaco.

Salud y Optimismo

La tendencia al optimismo puede afectar a la salud a través de los comportamientos que ejercen las personas ante los problemas vitales en general. Si los comportamientos son adecuados pueden impedir que el estrés se vuelva crónico y la complicación de problemas físicos y/o psicológicos.

Favorece un afrontamiento activo del estrés y de los problemas de salud, lo cual se relaciona con conductas de solución de problemas, autocuidado y planes de recuperación.

Solución de Problemas

Es un proceso cognitivo, por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus esfuerzos a la modificación de los mismos.

Elementos a considerar.

- El problema:** situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de un afrontamiento eficaz, debido a la presencia de distintos obstáculos (ambigüedad, incertidumbre, exigencias contrapuestas, novedad, etc.)
- Solución:** cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática.

¿Tienen alguna duda?

¿Quedaron claros con el contenido?

¿Qué les pareció el tema expuesto?

Evaluación:

1. ¿Todos percibimos de igual forma la calidad de vida?
2. ¿La salud, es sólo física?
3. ¿Cuáles son los factores de la resiliencia?
4. ¿Cómo ayuda él ser optimista al organismo?
5. ¿Qué elementos debes considerar para solucionar los problemas?



Pasos para la Solución de Problemas



Solución de Problemas

¿Qué es una solución?

Respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática.

¿Qué es la solución de problemas?

Encontrar una solución eficaz a una situación problema. Este proceso incluye tanto la generación de soluciones como la toma de decisiones.

Objetivos de las habilidades en solución de problemas

- ✓ Ayudar a identificar las anteriores y las actuales situaciones estresantes o problemáticas en sus vidas, que constituyen los antecedentes de una reacción emocional negativa.
- ✓ Minimizar el grado en que esa respuesta impacta de forma negativa sobre intentos futuros de afrontamiento.
- ✓ Aumentar la eficacia de sus intentos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales.
- ✓ Enseñar habilidades que permitan a los individuos enfrentar de modo más eficaz problemas futuros, con el fin de evitar perturbaciones psicológicas.

Pasos para la Solución de Problemas

1. Orientación hacia el problema.

Conjunto de respuestas de orientación, que representan las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas, de una persona cuando se enfrenta por primera vez con una situación problemática



Pasos para la Solución de Problemas

1. Orientación hacia el problema.

Identificar y reconocer problemas.

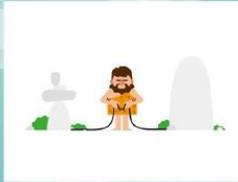
Entender que los problemas son normales y que se afrontan con solución de problemas.

Aumentar expectativas sobre la capacidad de solución de problemas.

Pasos para la Solución de Problemas

2. Definición y formulación del problema.

Consiste en clarificar y comprender la naturaleza específica del problema. Después de este paso, la persona puede valorar el problema de modo más preciso.



Pasos para la Solución de Problemas

2. Definición y formulación del problema.

Buscar toda la información y hechos sobre el problema.

Describirlos claramente.

Diferenciar lo relevante de lo irrelevante.

Identificar los factores que hacen de la situación un problema.

Establecer objetivos realistas

Pasos para la Solución de Problemas

3. Generación de alternativas

Es hacer que estén disponibles tantas opciones como sea posible, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de que la solución "**mejor**" se encuentre entre ellas.

Principios de la lluvia de ideas:

- ✓ Principio de cantidad.
- ✓ Aplazamiento del juicio.
- ✓ Principio de variedad



Pasos para la Solución de Problemas

4. Toma de decisiones.

El propósito es evaluar (juzgar y comparar) las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la(s) mejor(es), para ser llevado a cabo en la situación problemática real.



Pasos para la Solución de Problemas

4. Toma de decisiones. Debemos centrarnos en los siguientes criterios:

- ✓ Resolución del problema. ¿En qué medida es probable que la solución alcance la/s meta/s propuesta/s?
- ✓ Bienestar emocional. ¿En qué medida es probable que me sienta bien o mal si pongo en práctica esta solución?
- ✓ Tiempo/esfuerzo. ¿Cuánto tiempo y esfuerzo es probable que requiera esta solución?

Pasos para la Solución de Problemas

5. Puesta en práctica (verificación)

Consiste en vigilar el resultado de la solución de problemas y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problemática.



Pasos para la Solución de Problemas

5. Puesta en práctica (verificación)

Se pueden experimentar obstáculos inesperados ya sean de tipo ambiental (falta de apoyo por parte de otras personas) o personal (falta de habilidades, déficit de motivación, creencias erróneas).

Si estos obstáculos impiden la realización de la solución, hay que estudiar la forma de superarlos y actuar en consecuencia.

Si esto no es posible o falla, puede buscarse otra solución que pueda ser ejecutada más eficazmente.

Pasos para la Solución de Problemas

1. Orientación hacia el problema.

2. Definición y formulación del problema.

3. Generación de alternativas

4. Toma de decisiones

5. Puesta en práctica (verificación)

IMPORTANTE

Si no me funciona lo que he hecho siempre...
... Tal vez debería probar algo diferente



Evaluación:

1. ¿Por qué es importante mejorar mis habilidades de solución de problemas?
2. ¿Cuántos pasos hay para la solución de problemas?
3. ¿Qué principios debo tener en cuenta para la lluvia de ideas?
4. ¿Qué debo hacer si mi solución no funciona?



Ejercitando lo Aprendido

Mónica, es una chica de 20 años, vive con su mamá y dos hermanos menores. Actualmente está cursando el tercer semestre de contaduría pública en una universidad privada. Hace 8 meses sus padres se separaron y ella ha tenido que colaborar más en las actividades de la casa y el cuidado de sus hermanos menores (10 y 13 años), desde la separación, su padre aporta muy poco para los gastos de la casa y el salario de la madre, apenas alcanza para mantener el hogar. Hace dos días, Mónica recibió un aviso de la Universidad en la que le informa que, de no ponerse al día con el pago del semestre, no podrá seguir asistiendo a las clases ni podrá presentar las evaluaciones.

¿Qué creen ustedes que debería hacer Mónica?

- Paso 1: Orientación hacia el problema.
- Paso 2: Definición y formulación hacia el problema.
- Paso 3: Generación de alternativas.
- Paso 4: Toma de decisiones.
- Paso 5: Puesta en práctica (verificación).

Ejercitando lo Aprendido

Situación:

“Carlos de 45 años, vive en Barquisimeto junto a su esposa y sus tres hijos (25, 22 y 19 años). Él es el chef de un reconocido restaurant de la ciudad, lugar en el que trabaja desde hace 15 años. En su tiempo libre practica kárate (es cinta negra) y disfruta tocando la guitarra y el piano y en ocasiones se conecta con amigos que tiene fuera del país para practicar su segunda lengua, el inglés.

Hace dos días, recibió una inesperada noticia, el restaurant en el que trabaja cerrará sus puertas por problemas económicos y él quedará sin trabajo. Actualmente está pagando la hipoteca de su casa, la universidad de dos de sus hijos y además él responde por el 80% de los gastos del hogar, ya que su esposa trabaja como maestra medio tiempo en un colegio y sus ingresos no son muy altos.

¿Cómo debería Carlos enfrentar esta situación?

Pongan en práctica los pasos de solución de problemas para resolverlo

Identificando situaciones problemáticas.

“A continuación, en tu cuaderno de trabajo, anota tres situaciones en las cuales puedes aplicar la técnica de solución de problemas en el cuidado del paciente con cáncer”

Cuentan con 15 minutos.

Adelante...

¡Solucionando problemas!

“Ahora, en parejas, cada uno tendrá que elegir una de las situaciones que identificó anteriormente. Luego con ayuda de su pareja, van a tratar de orientar, definir el problema, realizar una lluvia de ideas (elaborar las estrategias de solución), discutir las alternativas y decidir la estrategia a usar. Pueden preguntar al facilitador si tienen dudas. Al finalizar cada uno expondrá su problema y como abordó su solución”

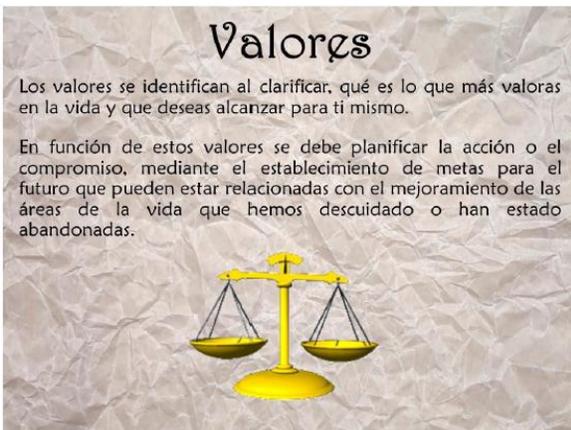
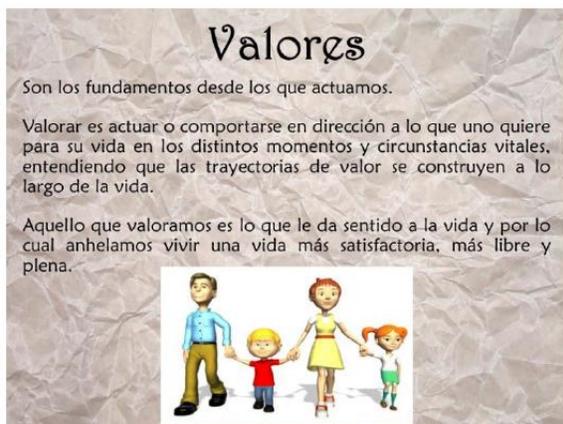
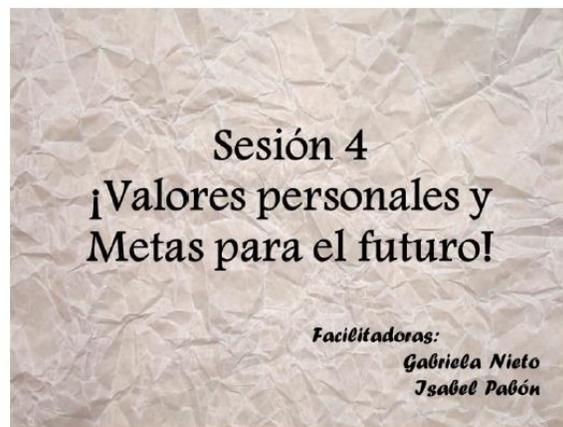
Cuentan con 20 minutos.

Adelante...

Preguntas, comentarios...

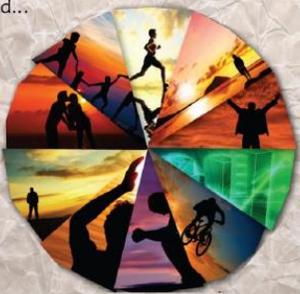


Sesión 4.



Valores

Lo ideal es lograr dirigirnos o guiarnos en función de nuestros valores en cada una de las áreas de nuestra vida: la familia, la pareja, el trabajo, la formación, el ocio, la espiritualidad, la amistad, la salud...



Ejemplo de Valores



Honestidad: la honestidad incide directamente en la salud, ya que aporta transparencia, armonía, paz, pero a la vez compromiso, ya que empezamos por ser honestos con nosotros mismos, no engañarnos y logramos cumplir nuestros compromisos y afrontar la solución de nuestros problemas.

Chicos hallaron un sobre con 5.000 pesos y lo devolvieron



Ejemplo de Valores

Generosidad: básica para la felicidad. Si buscamos el bienestar del otro, recibimos gratificación doble: ver al otro mejor y el otro nos devuelve como un espejo, bienestar. Pero sobretodo ese desapego que favorece la generosidad nos ayuda a relativizar, a apreciar, a agradecer.





Ejemplo de Valores

El perdón y la gratitud: son sentimientos positivos. Aunque relacionados con valores cargados de un matiz religioso o espiritual, son básicos para nuestra salud, para nuestra confianza; nos colocan en un estado positivo, asumimos, aceptamos lo que pueda ir mal y reconocemos lo que va bien.




Ejemplo de Valores

La fe, cura. También con connotación religiosa, pero estar convencido de que uno se va a curar es la mitad del camino, para cualquier tipo de terapia (incluida farmacológica, con el conocido efecto placebo), pero sobretodo interpersonal.




Ejemplo de Valores

Y la espiritualidad de cada uno, la confianza en la naturaleza, en la humanidad, es tan importante para el crecimiento personal, como para la mejora de nuestras condiciones actuales.




Valores

Como estos, existen muchos otros aspectos y valores positivos: bondad, amistad, simpatía, sencillez, naturalidad, fidelidad, esfuerzo, aprendizaje, apertura, respeto, ecuanimidad, aceptación incondicional, etc.



Valores

Es importante tomar en cuenta qué, a cada uno de los valores comentados, le podemos encontrar su contrario, los cuales pueden asociarse fácilmente con factores de riesgo para los problemas interpersonales y de salud.



Valores

Los valores no tienen fin, no se realizan completamente nunca, están siempre presentes como horizonte, trasfondo o marco del comportamiento y por eso son tan útiles: están siempre disponibles para dar un sentido al comportamiento, impregnar las acciones de dirección y propósito, aportar vitalidad a la conducta momento a momento. Los valores son elecciones, no juicios.




Valores

Los valores como entidades abstractas, se materializan en metas y objetivos concretos, que a su vez requieren de acciones específicas para avanzar hacia ellos, es por esto que valorar no es creer, pensar o desear, valorar es actuar.




Valores

Los valores son profundamente personales, por eso no puede establecerse una lista correcta de valores: cada persona tiene que establecer la suya propia.




Ahora, cada uno va a identificar sus valores personales en cuanto a las diferentes áreas de su vida como:

- Sus relaciones de pareja,
- Sus relaciones familiares,
- La recreación o tiempo de ocio,
- La espiritualidad,
- Su participación ciudadana,
- Su bienestar físico,
- El trabajo,
- La formación y el crecimiento personal,
- Las relaciones sociales y de amistad,
- La salud etc.

Luego escríbelo en tu cuaderno



Proyecto de Vida

Es importante definir:

- ✓ Lo que queremos lograr en cualquier ámbito de la vida: físico, laboral, afectivo, familiar, educativo, espiritual, etc.
- ✓ Definir metas alcanzables según tus capacidades y tus valores.
- ✓ Enfocarte en una o dos metas como máximo.
- ✓ Determinar el tiempo y lo que necesites para cumplirlas.

Metas

Ahora escriban sus metas personales para el futuro (a corto, mediano y/o largo plazo). De las tres metas más importantes, diseñen a grandes rasgos, las actividades o pasos que deseen llevar a cabo para cumplir dichas metas personales (que y cómo voy a hacer para lograrlo), es decir cuál será el plan de acción para el logro de las metas. Al finalizar, expondrán una de ellas al grupo”

Metáfora del pantano

“Imagínense que empiezan un viaje hacia una hermosa montaña, que pueden divisar claramente a lo lejos. Pero casi de inmediato, se percatan que tienen frente a sí un enorme pantano. Y ustedes piensan: “No sabía que tendría que atravesar este pantano. Es apesadomoso y el lodo se pega en mis zapatos. No puedo sacar mis pies del fango. Estoy mojado y me siento cansado ¿Por qué nadie me dijo que había este pantano?”

Metáfora del pantano

En esta situación, ustedes pueden elegir entre abandonar el viaje o entrar en el pantano. Así es la terapia... Así es la vida! Vamos a través del pantano, no porque queramos enlodarnos, sino porque es lo que se atraviesa entre nosotros y donde queremos llegar. Piensen en la montaña del cuento como alguna de las metas que ustedes han diseñado hoy y el pantano son situaciones que ustedes experimentarán para poder alcanzar un nivel de crecimiento y una meta final. ¿Cómo creen que ésta metáfora aplica en sus vidas?"



Ahora queremos...

... que expresen de forma verbal como se sintieron durante las sesiones realizadas, que nos comenten qué aprendizajes se llevan de este taller y qué valoran de la experiencia en general.

Gracias...

Anexo 10: Cuadro esquemático del programa.

Sesión 1: ¡Aceptación y Compromiso!

Objetivo general de la sesión 1: Que los participantes aprendan y pongan en práctica las técnicas de aceptación y compromiso para el manejo de las emociones displacenteras.

Dirigido a: 8 participantes.

Total de minutos: 185 minutos.

Nº de actividad	Objetivos	Contenido	Actividades	Tiempo	Materiales	Evaluación
1	Conocer información personal de los integrantes del grupo.	Bienvenida y presentación de los participantes.	Dinámica grupal ¡Conociéndonos!	20 min	Materiales: Cuaderno de trabajo y lápiz, manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint. Humanos: Facilitadores, participantes.	La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes verbalizan sus conocimientos sobre un integrante del grupo mediante frases como: “su nombre es...”, “trabaja en...”, “le gusta...”, entre otras.
2	Conocer las expectativas y normas para el funcionamiento del taller.	Revisión de expectativas. Establecimiento de las normas del taller.	Dinámica grupal ¡Expectativas y normas	20 min	Materiales: Papel bond y marcadores, manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint Humanos: Facilitadores, participantes.	La actividad se considerará exitosa el 100% de los participantes expresan sus expectativas con respecto al taller con frases como: “espero aprender a...”, “quiero lograr...”, “deseo adquirir herramientas para...”; y además si los participantes establecen las normas del taller mediante verbalizaciones tales como: “creo que en este taller deberíamos tener una norma para...”, “una norma puede ser...”, entre otras.
3	Identificar el estado actual y su nivel de satisfacción con respecto a cada área vital: personal (salud: alimentación, sueño, etc.), familiar, social-recreativa, sexual y de pareja, laboral.	Revisión del estado actual de las áreas de la vida y cómo ha afectado emocionalmente la enfermedad del familiar	Metáfora del jardinero.	45 min	Materiales: Cuaderno de trabajo y lápiz, Manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint. Humanos: Facilitadores, participantes.	Se considera un éxito si todos los participantes logran reportar como se han visto afectados emocionalmente con frases como: “He perdido el interés en ciertas actividades”, “Me siento triste”, “He descuidado algunas áreas de mi vida”, entre otras.
4	RECESO			10 min		
5	Que los participantes logren identificar el significado de la evitación emocional mediante la metáfora de las arenas movedizas, y como dicha conducta aumenta el malestar	Evitación emocional	Metáfora de las arenas movedizas.	45 min	Materiales: Cuaderno de trabajo, manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint. Humanos: Facilitadores, participantes	Se considera un éxito si todos los participantes logran expresar el significado de evitación emocional y como aplican ellos esta estrategia mediante frases tales como: “para mí la evitación emocional es...”, “cuando yo me siento triste o me siento deprimido siempre

	emocional.					hago...”, “cuando tengo miedo busco...”, entre otras.
6	Participar con movimientos enérgicos y risas para retomar la atención y disposición a las actividades de la sesión.	Dinámica de activación	<i>Dinámica grupal</i> La risa.	5 min	Materiales: Moneda. Humanos: Facilitadores, participantes.	La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes, rien, se mueven enérgicamente y reportan verbalmente haberse activado mediante frases tales como: “estoy listo para seguir eso”, “fue divertido”, entre otras.
7	Que los participantes logren identifiquen estrategias adecuadas para el manejo de las emociones displacenteras.	Identificar estrategias de manejo emocional	Metáfora del campo de hoyos	30 min	Materiales: Cuaderno de trabajo, manual de facilitador. Video Beam, computadora, presentación PowerPoint. Humanos: Facilitadores, participantes	Se considera un éxito si el 100% de los participantes logran identificar al menos un ejemplo de estrategias de control emocional inadecuadas y, aportan un ejemplo de alguna estrategia de control emocional que les permita solucionar el problema.
8	Estimar los aprendizajes alcanzados dando un cierre a la sesión	Cierre de la sesión 1	Ronda de preguntas y respuestas y apreciación escrita de la sesión 1	10 min	Materiales: Hojas blancas y lápiz Humanos: Facilitadores, participantes.	Se considera exitosa si el 100% de los participantes manifiestan lo que aprendieron con frases tales como: “Aprendí que...”, “Lo que más disfrute hoy fue...”.

Sesión 2: ¡Aceptación y Compromiso II!

Objetivo general de la sesión 2: Que los participantes continúen su aprendizaje y pongan en práctica las técnicas de aceptación y compromiso para el manejo de las emociones displacenteras.

Dirigido a: 8 participantes.

Total de minutos: 170 minutos.

Nº de actividad	Objetivos	Contenido	Actividades	Tiempo	Materiales	Evaluación
1	Comparar su visión sobre la enfermedad y muerte, con la postura del filósofo Alan Watts, aumentando la habituación a conversar sobre este fenómeno	Aceptación de la muerte del filósofo Alan Watts.	<i>Dinámica grupal</i> ¡Comprender la muerte!	25 min	Materiales: Video beam, computadora, cornetas.	La dinámica se considerará exitosa si el 100% de los participantes logran manifestar su visión sobre la muerte con respecto a la postura del filósofo Alan Watts al verbalizar frases tales como: “estoy de acuerdo con el filósofo en que...”, “yo difiero de lo dicho en el video porque...”, “yo que creo que la muerte es...”.
2	Instaurar un patrón respiratorio que facilite la relajación y el control de las emociones.	Técnica de la relajación profunda	Aprendiendo a respirar!	15 min	Materiales: Video Beam, computadora, presentación PowerPoint, 8 Colchonetas, Protocolo de relajación, manual de facilitador. Humanos: Facilitadores.	La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes, reportan una reducción de tensión percibida en relación al nivel inicial mediante una escala análogo-visual.
3	Conocer y utilizar la técnica de la defusión cognitiva para evaluar e interactuar con sus pensamientos problemáticos sin que éstos generen malestar emocional.	Revisión de la técnica de la defusión cognitiva.	¡Venciendo al pensamiento!	45 min	Materiales: Video Beam, computadora, presentación PowerPoint. Manual de facilitador. Humanos: Facilitadores, participantes.	Se considera un éxito si todos los participantes reportan haber conseguido distanciarse emocionalmente de sus propios sentimientos gracias a la actividad expresando frases como: “no me sentí triste mientras hacia el ejercicio”, “visualice el pensamiento pero no me afectó”, entre otras.
4	Participar con movimientos enérgicos y risas para retomar la atención y disposición a las actividades de la sesión.	Dinámica de activación	<i>Dinámica grupal</i> Las sillas.	10 min	Materiales: Sillas, computadora, cornetas. Humanos: Facilitadores, participantes.	La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes realizan movimientos vigorosos, se ríen, interactúan entre ellos y expresan verbalmente estados de ánimo tales como: “que divertido”, “me siento activado”, entre otras
5	RECESO			10 min		
6	Participar con movimientos guiados que faciliten la relajación y el control de las emociones.	Técnica de relajación progresiva de Jacobson abreviado.	¡Relajándonos!	30 min	Materiales: Video Beam, computadora, presentación PowerPoint. 8 colchonetas, computadora, cornetas, Guía de la Relajación progresiva de Jacobson. Humanos: Facilitadores,	La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes, reportan una reducción de tensión percibida en relación al nivel inicial mediante una escala análogo-visual.

					participantes.	
7	Promover la visualización de situaciones que generen malestar emocional.	Visualizar situaciones desencadenantes de malestar emocional.	Técnica del científico.	5 min	Materiales: Video Beam, computadora, presentación PowerPoint, 8 colchonetas, Manual de facilitador. Humanos: Facilitadores, participantes.	Se considera exitosa si el 80% de los participantes reporta imaginar una situación que les preocupa o les causa malestar.
8	Lograr la visualización de situaciones displacenteras disminuyendo la evitación emocional mediante la utilización de la técnica del científico.	Disminuir la evitación emocional.	Técnica del científico: Aceptación.	20 min	Materiales: Video Beam, computadora, presentación PowerPoint, Manual de facilitador. Humanos: Facilitadores, participantes.	Se considera un éxito si el 80% de los participantes logran experimentar los pensamientos displacenteros disminuyendo la evitación emocional, al tiempo que mantiene un estado de relajación medido a través de una escala análoga visual.
9	Estimar los aprendizajes alcanzados dando un cierre a la sesión	Cierre de la sesión 2	Ronda de preguntas y respuestas y apreciación escrita de la sesión 2	10 min	Materiales: Hojas blancas y lápiz Humanos: Facilitadores, participantes.	Se considera exitosa si el 100% de los participantes manifiestan lo que aprendieron con frases tales como: "Aprendí que...", "Lo que más disfrute hoy fue...".

Sesión 3: ¡Solución de Problemas!

Objetivo general de la sesión 3: Que los participantes aprendan y pongan en práctica los pasos para la solución de problemas.

Dirigido a: 8 participantes.

Total de minutos: 180 minutos.

Nº de actividad	Objetivos	Contenido	Actividades	Tiempo	Materiales	Evaluación
1	Discutir con los participantes la definición de calidad de vida, resiliencia y solución de problemas y, relación con la salud.	Definición de calidad de vida, resiliencia y solución de problemas.	Presentación teórica.	30 min	Materiales: Video Beam, computadora, presentación PowerPoint, cuaderno de trabajo, papel y lápiz, Manual de facilitador. Humanos: Facilitadores, participantes.	La actividad se considerará exitosa si todos los participantes responden correctamente el 80% o más de las preguntas plasmadas en el Formato de Evaluación n°1
2	Participar con movimientos interactivos, permitiendo retomar la disposición a las actividades de la sesión	Interacción grupal.	<i>Dinámica grupal</i> ¡Carrera de globos!	20 min	Materiales: 20 Globos. Humanos: Facilitadores, participantes.	La dinámica se considerará exitosa si el 100% de los participantes, inflan los globos y se sientan sobre ellos hasta finalizar la competencia.
3	Discutir con los participantes los aspectos formales de la teoría de la solución de problemas.	Definición de los pasos para la solución de problemas.	Presentación teórica.	30 min	Materiales: Video Beam, computadora, presentación PowerPoint, Cuaderno de trabajo, papel y lápiz, Manual de facilitador. Humanos: Facilitadores, participantes.	La actividad se considerará exitosa si todos los participantes responden correctamente el 80% o más de las preguntas plasmadas en el Formato de Evaluación n° 2.
4	RECESO			10 min		
5	Practicar la resolución de problemas	Pasos para la solución de problemas: Orientación hacia el problema, Definición y formulación hacia el problema, Generación de alternativas, Toma de decisiones, Puesta en práctica	<i>Entrenamiento</i> Ejercitando lo aprendido.	20 min	Materiales: Video Beam, computadora, presentación PowerPoint, Cuaderno de trabajo y lápiz, manual de facilitador. Humanos: Facilitadores, participantes.	La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes, solucionan efectivamente el problema asignado por los facilitadores.
6	Identificar situaciones problemáticas de la vida cotidiana relacionadas con el cuidado del paciente con cáncer en las cuales pueda usar efectivamente los pasos de la solución de problemas.	Identificación de situaciones en las cuales aplicar la técnica de solución de problemas.	<i>Entrenamiento</i> ¡Identifico mis problemas!	30 min	Materiales: Video Beam, computadora, presentación PowerPoint, Cuaderno de trabajo y lápiz, Manual del facilitador. Humanos: Facilitadores, participantes.	La actividad se considerará exitosa si el 100% de los participantes, identifican al menos 2 situaciones problemáticas personales relacionadas con el cuidado del paciente con cáncer en las cuales pueda usar los pasos de la solución de problemas.
7	Practicar con los	Realización del	<i>Entrenamiento</i>	30 min	Materiales:	La actividad se

	participantes los pasos de la solución de problemas en situaciones personales relacionadas con el cuidado del paciente con cáncer.	procedimiento de solución de problemas.	¡Resuelvo mis problemas!		Video Beam, computadora, presentación PowerPoint Cuaderno de trabajo y lápiz, manual de facilitador. Humanos: Facilitadores, participantes.	considerará exitosa si el 100% de los participantes, logra usar los pasos de la solución de problemas correctamente al decidir estrategias a usar en situaciones problemáticas relacionadas con el cuidado del paciente con cáncer.
8	Estimar los aprendizajes alcanzados dando un cierre a la sesión	Cierre de la sesión 2	Ronda de preguntas y respuestas y apreciación escrita de la sesión 2	10 min	Materiales: Hojas blancas y lápiz Humanos: Facilitadores, participantes.	Se considera exitosa si el 100% de los participantes manifiestan lo que aprendieron con frases tales como: "Aprendí que...", "Lo que más disfrute hoy fue...".

Sesión 4: ¡Valores personales, proyecto de vida y metas para el futuro!

Objetivo general de la sesión 4: Que los participantes aprendan y pongan en práctica los pasos para la solución de problemas.
Dirigido a: 8 participantes.
Total de minutos: 150 minutos.

Nº de actividad	Objetivos	Contenido	Actividades	Tiempo	Materiales	Evaluación
1	Establecer los valores personales en las diferentes áreas de la vida de los cuidadores.	Identificación de los valores personales de los participantes.	Mis valores personales	30 minutos	Materiales: Video Beam, computadora, presentación PowerPoint Cuaderno de trabajo y lápiz, manual de facilitador. Humanos: Facilitadores, participantes.	Se considera un éxito si los participantes logran identificar sus valores para el 80% de las áreas de su vida.
2	Promover la participación de diversos gestos y preguntas para la activación del buen humor y atención a las actividades de la sesión.	Dinámica de activación.	<i>Dinámica grupal</i> Las etiquetas	20 min	Materiales: Material impreso, Post-it y bolígrafo. Humanos: Facilitadores y participantes.	La dinámica se considerará exitosa si el 100% de los participantes logran identificar al personaje asignado por los facilitadores.
3	RECESO			10 min		
4	Que los participantes logren establecer metas guiadas por sus valores y fijen los pasos que deben seguir para alcanzarlas mediante la planificación de un proyecto de vida	Planificación de metas guiadas por los valores personales de los participantes.	Metas guiadas por sus valores	30 min	Materiales: Video Beam, computadora, presentación PowerPoint Cuaderno de trabajo, manual de facilitador. Humanos: Facilitadores, participantes.	Se considera un éxito si todos los participantes logran diseñar pasos viables para al menos dos de sus metas y exponen al grupo su proyecto de vida.
5	Que los participantes logren identificar la relación entre sus habilidades personales y sus metas.	Identificación de metas de vida.	Metáfora del pantano	30 min	Materiales: Video Beam, computadora, presentación PowerPoint Cuaderno de trabajo, manual de facilitador. Humanos: Facilitadores, participantes.	Se considera un éxito si los participantes logran identificar como aplica la metáfora en su situación.
6	Estimar los logros cognitivos y afectivos como resultado de las sesiones.	Intercambio de impresiones sobre el programa y el cumplimiento de sus objetivos.	<i>Dinámica grupal</i> Retroalimentación Entrega de certificados de asistencia y despedida	30 min.	Materiales: Certificados de Participación Humanos: Facilitadores y participantes.	La dinámica se considerará exitosa si el 100% de los participantes emiten expresiones verbales tales como: "Logré...", "Aprendí...", "Me comprometo a...", entre otras, que den evidencia que hubo logros cognitivos y afectivos.