

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado - Plan de Intervención

Licenciatura en Psicología

“Redes Sociales de Contención para Familiares de Pacientes en Cuidados Paliativos”

Nuevo Hospital San Antonio de Padua

Autora: Daniela Belén Martínez Orellana

Legajo: PSI3164

Tutor: Dr. y Lic. Rubén M. Pereyra

Río Cuarto-Córdoba, Diciembre 2019

Para mi familia y amigos por acompañarme y apoyarme en este proceso de aprendizaje.

A la memoria de mis abuelas

# Índice

Resumen .....	1
Introducción.....	2
Presentación de la línea temática .....	4
Síntesis de la organización o institución seleccionada.....	5
1.1    Reseña histórica del Nuevo Hospital San Antonio de Padua de Río Cuarto .....	5
1.2    Misión de la institución.....	5
1.3    Visión de la institución .....	6
1.4    Reseña histórica del Servicio de Salud Mental .....	6
1.5    Recursos humanos .....	7
1.6    Foco de atención.....	7
1.7    Sistema de atención .....	7
1.8    Organigrama.....	9
Delimitación del problema o necesidad objeto de intervención.....	10
Objetivos .....	12
2.1    Objetivo General .....	12
2.2    Objetivos específicos: .....	12
Justificación.....	13
Marco Teórico .....	14
3.1    Contextualización de la problemática.....	14
3.2    Población.....	15

3.3 Constructo .....	17
3.4 Dispositivo grupal .....	23
Plan de trabajo .....	25
4.1 Actividades.....	25
<i>Encuentro n° 1</i> .....	25
<i>Encuentro n° 2</i> .....	30
<i>Encuentro n° 3</i> .....	34
<i>Encuentro n° 4</i> .....	38
<i>Encuentro n° 5</i> .....	42
<i>Encuentro n° 6</i> .....	50
<i>Encuentro n° 7</i> .....	54
<i>Encuentro n° 8</i> .....	60
4.2 Cronograma.....	67
4.3 Recursos.....	70
4.4 Presupuesto .....	70
4.5 Evaluación.....	73
Resultados esperados .....	78
Conclusiones.....	80
Referencias bibliográficas .....	83
Anexo .....	94
5.1 Consentimiento Informado de Natalia Torres.....	94

5.2 Entrevista realizada a la Natalia Torres (Psicóloga residente del Nuevo Hospital San Antonio de Padua) .....	94
5.3 Consentimiento Informado de Cecilia Taravella.....	98
5.4 Entrevista realizada a Cecilia Taravella (Psicóloga de planta del Nuevo Hospital San Antonio de Padua) .....	99
5.5 Plan de trabajo .....	104
5.6 Evaluación.....	113
5.7 Anexo E .....	116

## **Resumen**

El presente Plan de Intervención corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21. Luego de un análisis exhaustivo de las características del Hospital San Antonio de Padua, de la ciudad de Río Cuarto, se ha detectado la necesidad de un espacio o taller integral destinado a los referentes sociales de los pacientes de la institución. Para abordar esta problemática se propone la promoción de redes sociales de contención a los familiares de pacientes en cuidados paliativos a través de un Grupo de Autoayuda y Ayuda Mutua. Se han planificado un total de ocho encuentros con frecuencia de uno por semana, desarrollando de forma flexible actividades que permitan el desarrollo y fortalecimiento de los lazos afectivos entre los familiares-cuidadores, la promoción de estrategias de comunicación asertiva, de herramientas para el establecimiento de redes sociales y el cuidado del cuidador. Tanto al comienzo como al final del proceso se realizará una evaluación de impacto con la finalidad de valorar los logros obtenidos y efectuar recomendaciones futuras en dicha institución.

**Palabras claves:** Red social de contención, Familiares-cuidadores, Cuidados paliativos, Grupo de Autoayuda y Ayuda Mutua.

## Introducción

*“En tiempos de incertidumbre y desesperanza, es imprescindible gestar proyectos colectivos desde donde planificar la esperanza junto a otros”- Enrique Pichón Riviere*

Las emociones anteriormente mencionadas por el psiquiatra argentino Pichón Riviere (incertidumbre y desesperanza) nos remiten a la vivencia, tanto directa como indirecta, de una enfermedad amenazante para la vida. Esta última es definida como toda aquella enfermedad donde no existe esperanza razonable de curación, la cual deteriora lentamente el organismo y en muchos casos genera la muerte. (Nallar, 2012) Ante aquella situación es indispensable un abordaje desde el enfoque de los cuidados paliativos, cuya finalidad central es mejorar la calidad de vida no solo de los pacientes sino también de sus familiares y cuidadores, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento físico, psíquicosocial y espiritual.

Como bien planteo el autor ante esa vivencia traumática, catastrófica y dolorosa es indispensable la creación de proyectos colectivos. Estos se producen cuando un grupo de personas, unidas por diversos lazos, comparten y persiguen el propósito y la intención de ejecutar algo de importancia (Real Academia Española, 2018).

Ante la ausencia de un espacio destinado a los referentes de los pacientes del Hospital San Antonio de Padua, de la ciudad de Río Cuarto, se propone llevar a cabo un Proyecto de Intervención dirigido a un grupo de familiares, que están enlazados por la vivencia compartida del cuidado de un paciente-familiar que se encuentra internado por el padecimiento de una enfermedad terminal o de gravedad. Ahora bien, este conjunto de personas se vincula y encuentra con el propósito de obtener un espacio de confianza donde puedan ser escuchados, apoyados, expresar sus emociones, opiniones y problemáticas y, en especial, donde puedan compartir su dolor y ser entendidos por otros.

El mismo es brindado a partir de un Grupo de Autoayuda y Ayuda Mutua cuyo objetivo central es la promoción de redes sociales de contención, motivo que implica todos los propósitos nombrados anteriormente más el cuidado del cuidador, la promoción de estrategias de comunicación asertiva, la atribución de significados a la situación actual, la búsqueda de soluciones a los conflictos y la satisfacción de sus propias necesidades.

Si el dispositivo mencionado anteriormente no se encuentra a disposición de esos familiares aumentan las probabilidades de experimentar síntomas físicos (dificultades para conciliar el sueño, disminución del peso, tensión muscular, aumento de la presión sanguínea, problemas respiratorios, entre otros) y psíquicos (desde ansiedad, estrés, trastornos del sueño, crisis emocionales hasta patologías psiquiátricas) teniendo la posibilidad de atenuar el dolor de estas personas y enriquecer su calidad de vida.

## **Presentación de la línea temática**

Se ha decidido abordar el proyecto de intervención desde la línea temática denominada “Nuevo paradigma en Salud Mental” la cual se puede definir como un nuevo colectivo de valores y creencias que determinan la forma en la que el hombre percibe y conceptualiza a la salud mental y que a su vez está determinado por el medio sociocultural en el cual se encuentra. (Palma, 2008)

Este nuevo paradigma, surge tras profundos cuestionamientos y anomalías encontradas en el modelo manicomial precedente, que lo ponen en crisis y generan una ruptura paradigmática. Sumado a esto aparece y prolifera un nuevo planteo teórico, que resuelve de modo satisfactorio las irregularidades presentes en el paradigma anterior, por lo que inicia una “revolución paradigmática”. (Palma, 2008) A partir de esto la Salud Mental toma una nueva conceptualización: proceso destinado a lograr un estado de bienestar en el cual el sujeto pueda funcionar en el mejor nivel de su capacidad mental, emocional y corporal ante situaciones favorables o adversas que le toquen vivir. La misma es un derecho de todo ser humano, e integra aquellas medidas tomadas para promover y preservar la salud, prevenir su pérdida y restablecerla cuando la enfermedad se manifiesta. (Ferrari, 2008) Es una condición que influencia y se ve afectada por los recursos personales, componentes históricos y el contexto socioambiental y familiar que rodea al individuo. (Ley N° 26.657, 2010) Razón por la cual se vincula con la situación que atraviesa la población a la cual se dirige el proyecto de intervención.

## **Síntesis de la organización o institución seleccionada**

### **1.1 Reseña histórica del Nuevo Hospital San Antonio de Padua de Río Cuarto**

En el año 1948, se crea el Hospital Regional de Río Cuarto durante el gobierno del general Juan Domingo Perón, como parte de un plan nacional de creación de hospitales. En concordancia con las políticas del momento, se estableció la gratuidad en la atención de salud, estudios, tratamientos y provisión de medicamentos. (Canvas, 2019)

Comenzó brindando prestaciones de baja y mediana complejidad, entre las cuales se encuentran las especialidades de clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología. (Canvas, 2019) Actualmente es un hospital polivalente/escuela que brinda prestaciones de alta complejidad, incorporando otras especialidades tales como el Servicio de Salud Mental. (Gonzales, 2015)

En un primer momento estuvo ubicado al sur de la ciudad, en el barrio Las Ferias. Pero en el año 2004, inicia su traslado a una nueva sede localizada en el sector oeste, ubicación que conserva hasta la actualidad. (Canvas, 2019)

La principal población que asiste al establecimiento está constituida por los sectores de bajos recursos económicos que no cuentan con obra social. (Gonzales, 2015)

### **1.2 Misión de la institución**

Atender la salud de la población en general perteneciente a los cuatro departamentos del sur de la Provincia de Córdoba: Río Cuarto, General Roca, Presidente Roque Sáenz Peña y Juárez Celman, con una población estimada en 500.000 habitantes. Para cumplir esta misión, las acciones son preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de enfermedades en los niveles dos y tres (acciones de mediana y alta

complejidad). En menor medida y de forma secundaria, despliega acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades del primer nivel (baja complejidad), dado que esta es competencia de la jurisdicción municipal. (Canvas, 2019)

### **1.3 Visión de la institución**

Preservar la salud como condición ineludible, con la finalidad de evitar enfermedades, sin perder de vista las condiciones y calidad de vida de la población. Una vez presentada la enfermedad, el propósito es lograr un mayor nivel de recuperación, minimizando la repetición de los efectos que ésta genera, mediante una rehabilitación integral (no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales). (Canvas, 2019)

### **1.4 Reseña histórica del Servicio de Salud Mental**

En el año 1969, a partir de las gestiones realizadas por el doctor Lucero Kelly en el Instituto Nacional de Salud Mental se habilitó el Servicio de Salud Mental en el Hospital Regional de Río Cuarto. En el mismo año se logró que esta prestación comenzara a funcionar bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica. Una de sus características distintivas es su perfil multidisciplinario y el enfoque de derechos y desestigmatización social de la enfermedad mental en el cual se posiciona. (Canvas, 2019)

En el año 2014, el secretario de salud para el sur provincial Miguel Minardi, comienza a planificar el traslado del Servicio de Salud Mental al Nuevo Hospital San Antonio de Padua, para cumplir así con las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N.º 98481 como nacional N.º 266572. (Canvas, 2019)

### **1.5 Recursos humanos**

Actualmente trabajan en este servicio 15 profesionales de diferentes disciplinas: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería. (Canvas, 2019)

### **1.6 Foco de atención**

Busca desalentar las prácticas puramente institucionales (basadas en el modelo manicomial) en pos de promover prácticas de salud en la comunidad. (Canvas, 2019)

El abordaje de la problemática psicopatológica tiene un carácter holístico, integral e integrador porque se entiende que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente ineludiblemente interactúa con su padecimiento subjetivo, tanto en su producción como en su recuperación, y además es el lugar donde este emerge. (Canvas, 2019)

### **1.7 Sistema de atención**

Tiene dos ejes de acción:

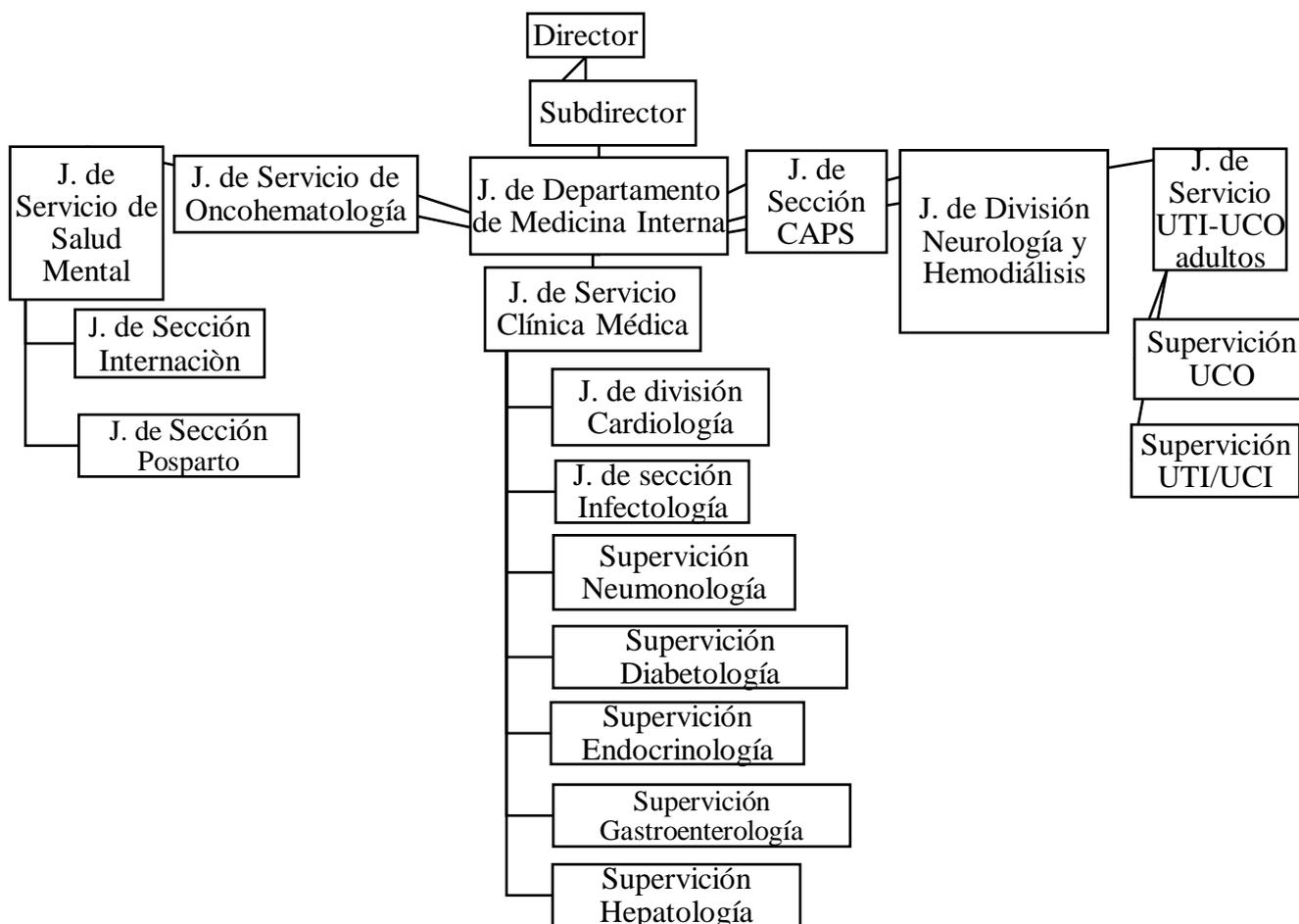
- 1) La asistencia a pacientes con cuadros psicopatológicos.
- 2) La demanda de interconsulta y trabajo interdisciplinar. (Canvas, 2019)

Está compuesto por:

- Asistencia por guardia: Todos los días las 24 horas para urgencias y emergencias. (Gonzales, 2015)
- Atención ambulatoria (consultorios externos): Brinda tratamiento farmacológico, psicoterapia, y se encarga de realizar los aptos psicofísicos. (Gonzales, 2015)
- Atención en Internación: Internaciones voluntarias con abordaje interdisciplinario. (Gonzales, 2015)

- Enlace: “interconsulta con otros servicios”. (Gonzales, 2015)
- Sección Infanto Juvenil: “Atiende la salud mental del niño desde su nacimiento hasta los 18 años”. (Canvas, 2019)
- Sección de Intervención Comunitaria: Su finalidad es impulsar “un modelo de abordaje focalizado en la relevancia de la comunidad para la promoción y el sostenimiento de la salud de quienes padecen problemáticas de orden psíquico”. (Canvas, 2019)
- Dispositivo Hospital de Día: Dispositivo terapéutico grupal que trabaja de manera interdisciplinaria, para lograr la restitución psicológica, social y familiar de las personas con algún padecimiento psíquico y evitar la exclusión familiar y/o social y su cronificación en una institución de salud mental. (Canvas, 2019)

## 1.8 Organigrama



Canvas, 2019

## **Delimitación del problema o necesidad objeto de intervención**

Luego de haber realizado un análisis riguroso de los datos de la institución Nuevo Hospital San Antonio de Padua presentes en la plataforma de Canvas, se han podido detectar diversas necesidades y problemáticas, entre las cuales se encuentran:

- Insuficientes recursos humanos por parte del Servicio de Salud Mental para poder cubrir todas las tareas y demandas manifestadas.
- Falta de dispositivos terapéuticos institucionales dirigidos a: la población de pacientes que se encuentran en internación, niños, adolescentes, sujetos que presentan consumo problemático, demencia, retraso mental y/o poseen una estructura de personalidad psicopática o perversa.
- Carencia de programas de reinserción para pacientes internados.
- Ausencia de un espacio o taller integral destinado a los referentes sociales de los pacientes de la institución.

En base al hallazgo de esta última problemática se propone como posible modo de abordaje la aplicación de un dispositivo grupal homogéneo destinado a familiares de pacientes en cuidados paliativos, que se encuentran internados en el Nuevo Hospital San Antonio de Padua.

A partir del análisis de la información mencionada anteriormente, se vislumbró que el Servicio de Interconsulta sólo asiste a aquellos pacientes que, según el criterio de los profesionales que se encargan de su atención médica (principalmente médicos/as y enfermeros/as), presentan algún tipo de problemática o dificultad a nivel psíquico. Este modo de abordaje de los conflictos psíquicos no coincide con el enfoque holístico, integral e integrador que propone el Servicio de Salud Mental como foco de atención, por lo que se decide trabajar específicamente con un grupo de familiares-cuidadores de

pacientes internados por enfermedad de gravedad o terminal, desde una perspectiva interdisciplinaria, promoviendo una red social de contención y un ámbito de pertenencia que brinde soporte y apuntalamiento a estos sujetos, lo cual crea condiciones de cierto protagonismo en la tramitación de la situación crítica que actualmente atraviesan. Como consecuencia de este proceso grupal se puede favorecer a las reorganizaciones libidinales, la reconstrucción de los continentes psíquicos, la elaboración de nuevas inscripciones y al fortalecimiento yoico. (Inda, Ravenna de Selvatici y Zadunaisky, 1991)

## **Objetivos**

**2.1 Objetivo General:** Promover una red social de contención a los familiares de pacientes en cuidados paliativos mediante un Grupo de Autoayuda y Ayuda Mutua.

**2.2 Objetivos específicos:**

- Desarrollar y fortalecer los lazos afectivos entre los familiares-cuidadores.
- Promover estrategias de comunicación asertiva tanto a la familia como al paciente.
- Favorecer el cuidado del cuidador.
- Fomentar herramientas para el establecimiento de redes sociales.

## **Justificación**

En la institución Nuevo Hospital San Antonio de Padua, como se desarrolló anteriormente, se detectó como problemática, en base a los datos aportados por la plataforma Canvas, la ausencia de un espacio o taller integral destinado a los referentes sociales de los pacientes de la institución. Para responder a esta demanda se propone un Proyecto de Intervención destinado a promover redes sociales de contención a los familiares-cuidadores de pacientes que se encuentran en cuidados paliativos, específicamente internados en alguna de las áreas o secciones del departamento de Medicina Interna del nosocomio, por medio de la puesta en marcha de un dispositivo grupal. Añadido a esto, un estudio nacional realizado con cuidadores de personas mayores dependientes (situación que se asemeja con la experiencia vivenciada por los familiares ya mencionados) reveló que una de las principales necesidades de este grupo es la ayuda psicológica y la presencia de redes de apoyo. (Lopes Nunes, Álvarez, Baeta Neves Alonso da Costa y Valcarenghi, 2019)

La promoción de estas redes es de relevancia porque incita el desarrollo de actitudes proactivas por parte de los familiares-cuidadores; suscita herramientas que colaboran a afrontar de manera saludable su conflictiva actual (De la Torre y Baquerin de Riccitelli, 2017) y funciona como un continente psíquico y factor de protección de la salud mental (Gaino, Yamawaka, Lemos, Nievas, Saint-Arnault y De Souza, 2019).

## Marco Teórico

### 3.1 Contextualización de la problemática

Posterior a una lectura exhaustiva del material informativo de la institución Nuevo Hospital San Antonio de Padua de la ciudad de Río Cuarto, presente en la plataforma Canvas, se detectaron diversas problemáticas entre las cuales se seleccionó la falta de un espacio de dialogo y escucha destinado a los referentes sociales de los pacientes internados para ser trabajada en el proyecto.

En base a intereses personales y al material obtenido de libros, papers, noticias de diarios y de entrevistas realizadas a dos profesionales del establecimiento, se dispuso trabajar específicamente con un grupo de familiares-cuidadores de pacientes en cuidados paliativos, que se encuentran internados por diversas patologías de gravedad en alguna de las secciones del área de Medicina Interna. En base a su pertinencia, utilidad y productividad, el dispositivo grupal escogido para trabajar con esta demanda es un Grupo Homogéneo -cuyas dos características centrales son: la homogeneidad y focalización en un rasgo, temática o preocupación común de los miembros, y su carácter autogestivo, esto es, una modalidad de funcionamiento horizontal que puede incluir o no un coordinador designado. (Inda, Ravenna de Selvatici y Zadunaisky, 1991)-, precisamente un Grupo de Autoayuda y Ayuda Mutua.

Tanto la problemática como la muestra mencionadas anteriormente se vinculan con la línea estratégica de intervención denominada “Nuevo paradigma en Salud Mental”. Dicho modelo estratégico implica una mirada compleja e integral de la experiencia de los familiares-cuidadores de pacientes internados. A su vez se ocupa de observar y analizar como este grupo de personas vive, percibe y conceptualiza la salud mental de su familiar-paciente de acuerdo a su situación sociocultural.

La situación sociocultural que caracteriza a este grupo incluye a todos aquellos familiares de pacientes que no cuentan con obra social y por lo tanto reciben asistencia sanitaria del Nuevo Hospital San Antonio de Padua. Estos individuos residen en alguno de los cuatro departamentos del sur de la provincia de Córdoba y suelen pertenecer a sectores de bajos recursos económicos. Actualmente se encuentran transitando una situación de enfermedad crítica (vivencia del orden de lo traumático y lo catastrófico).

Asimismo, este proyecto de intervención de carácter asistencial y de promoción, toma como eje el nuevo paradigma de la Salud Mental y determina como finalidad preservarla y favorecerla. En este caso, a través de un dispositivo grupal se pretende lograr que un grupo de familiares logre un estado de bienestar que le permita funcionar en el mejor nivel de su capacidad mental, emocional y corporal, ante la situación adversa que están viviendo. Al abordar la salud mental de este conjunto de personas, implícitamente, también se atiende la salud mental del paciente internado. (Ferrari, 2008)

### **3.2 Población**

Este Proyecto de Intervención está destinado a un grupo de *familiares de pacientes en cuidados paliativos* que se encuentran internados en el Nuevo Hospital San Antonio de Padua.

A fines pedagógicos se desglosará esta muestra y se definirán las tres nociones que la componen, es decir: familia, paciente y cuidados paliativos.

En cuanto al concepto de “familia” a pesar de que la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2012), en el artículo 142, sostiene:

...no se encuentra determinado un concepto cerrado de familia, ni mucho menos se protege sólo un modelo “tradicional” de la misma. Al respecto, el Tribunal reitera que el concepto de vida familiar no está reducido únicamente al matrimonio y debe

abarcando otros lazos familiares... donde las partes tienen vida en común por fuera del matrimonio. (p. 49)

Desde otra perspectiva la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), en su preámbulo, reconoce a la familia como “grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros...”. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en el artículo 16.3, añade que “es el elemento natural...de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”.

A partir de lo mencionado, desde este marco de referencia se toma a la familia como un sistema abierto y activo que se desarrolla entre personas de igual o distinto sexo en diferentes estadios de maduración física y mental. Es un sistema en el cual las personas se encuentran relacionadas por medio de lazos sanguíneos, de afinidad o adopción, reunidos en un lugar común delimitado cultural y geográficamente para satisfacer las necesidades básicas, físicas y psicológicas de sus miembros. (Oliva Gómez y Villa Guardiola, 2014)

Idealmente, la familia es el medio específico que proporciona a todos sus miembros: cuidados, protección, compañía, seguridad y socialización. (Oliva Gómez y Villa Guardiola, 2014)

Por otro lado, el Diccionario Médico (2013) define “paciente” como aquella persona que presenta una afección o enfermedad física o mental.

Finalmente, Barbero Gutiérrez (2010) retoma en su artículo “Psicólogos en Cuidados Paliativos: El Largo Camino de la Extrañeza a la Integración” el concepto de “cuidados paliativos” propuesto por la Organización Mundial de la Salud -OMS- (2003), la cual lo define como el enfoque destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades amenazantes para la

vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

### 3.3 Constructo

En base a los datos obtenidos por medio de las entrevistas a dos psicólogas que actualmente cumplen su labor en la institución y las investigaciones precedentes sobre la temática, se considera que uno de los elementos centrales a trabajar es la “*promoción de redes sociales de contención*”. Ya que como relató la profesional Natalia

*...cuando se trata de familias que están viviendo una situación del orden de lo catastrófico, lo traumático o del duelo, toda la familia lo vive. Entonces, por ahí una persona no se sienta con la misma capacidad de poder comentarle sobre esta situación a otro familiar que a una persona que está por fuera. Yo creo que le hace falta este apoyo y contención...* (N. B. Torres, Comunicación personal, 3 de septiembre de 2019, p. 97)

Posteriormente agrega “*...hay familiares que... viven en la institución y no tienen un lugar de apoyo...*”; “*...tampoco se dan un tiempo para ocuparse del propio sufrimiento, si no que están ocupados en ese familiar que tienen mal... Entonces... no hay... mucho lugar a la familia*”. (N. B. Torres, Comunicación personal, 3 de septiembre de 2019, p. 97)

En consonancia con lo expuesto por la anterior profesional, Cecilia plantea como tercer eje de trabajo con las familias encargadas del cuidado del paciente enfermo (ejes jerarquizados por orden de frecuencia) “*...el cuidado del cuidador*”. Es decir “*...como la persona que está cuidando al paciente se puede cuidar y puede sostenerse en algo que es doloroso y trabajoso...*”. La psicóloga afirma: “*...desde la parte asistencial no hay*

*mucha oferta para contenerlos.*”, haciendo referencia específicamente a los miembros de familias pequeñas que tras esta situación deben reestructurar completamente sus vidas. (C. Taravella, Comunicación personal, 12 de septiembre de 2019, p. 100) Mas adelante amplía “...*hacen falta muchas más redes de apoyo de las que hay... y equipos paliativos*”. (C. Taravella, Comunicación personal, 12 de septiembre de 2019, p. 103)

En cuanto a los antecedentes, se encontró un amplio abanico con respecto a la temática, pero no se han hallado investigaciones científicas de este tipo realizadas en nuestro país.

Además del proyecto explicado en la justificación, se detecta la experiencia expresada en la tesis doctoral de Getino Canseco (2009) quien fue participe de un grupo de apoyo (GA), durante un período de dos meses (a partir de septiembre de 1999 a julio del mismo año). Este grupo se formó a partir de la iniciativa profesional, con el objetivo de ofrecer a los familiares o cuidadores principales de pacientes en cuidados paliativos ayuda en el manejo de los sentimientos, soporte terapéutico y un espacio de expresión para que puedan encontrar sus propias respuestas.

Los integrantes que asistieron al GA fueron imprevisibles y heterogéneos, puesto que se formaron arbitrariamente, dependieron del estado anímico y disposición del familiar, y del número de personas que acompañaban al paciente en ese momento. Sólo concurrieron al GA durante el tiempo en el que su familiar permanecía ingresado en la unidad de hospitalización de cuidados paliativos. (Getino Canseco, 2009)

Como resultado de la puesta en marcha de estas sesiones, los familiares pudieron encontrar una nueva manera de expresar sus pesares y descubrieron, conjuntamente con sus pares, soluciones innovadoras a sus problemas, alejándose por momentos del mundo de los enfermos. Se observó que, gracias a la tarea de orientación de los profesionales, las

demandas específicas presentadas por estos familiares (por ejemplo, la falta de acuerdo a la hora de distribuir los tiempos de cuidado) fueron solucionadas. (Getino Canseco, 2009)

Otro antecedente encontrado, que presenta gran similitud con el objetivo de este proyecto, es un estudio realizado por un grupo interdisciplinario, compuesto por neuropsicólogos, psicólogas y por la doctora y directora de la Unidad de demencias del Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia-España). En esta institución se detectó la necesidad de fundar y poner en marcha un grupo terapéutico dirigido a los familiares de los pacientes diagnosticados con demencia, destinado al “cuidado del cuidador”. (Reinante Mariscal, Vivanco Moreau, Antequera Torres, Martínez Herrada, García Torres, Castaño Llorente, Manzanares Sánchez, Muñoz, Noguera Perea y Antúnez Almagro, 2011)

Se realizaron diez sesiones con cuidadores (todas mujeres que oscilaban entre los 30 y 50 años de edad), en las cuales se les explicó el concepto de “síndrome del cuidador” (cuyo riesgo se buscaba prevenir por medio de la aplicación del programa) y las pautas a tener en cuenta para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales propios de la demencia. También se realizaron dinámicas de grupo para favorecer la expresión de emociones desencadenadas por la situación y para conocer y aprender diversas técnicas de afrontamiento del estrés, como lo es el entrenamiento en habilidades sociales. Cada sesión grupal finalizaba con ejercicios de relajación y práctica en imaginación con inducción de la autoestima. (Reinante Mariscal et al., 2011)

Como resultado de su aplicación, se observó una disminución en los niveles de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y del Inventario de Depresión de Beck (BDI), administradas antes y después de la realización del programa. Los miembros del grupo afirmaron haber tenido una experiencia muy satisfactoria en él, logrando observar una

notable mejoría tanto en su aspecto físico como en su lenguaje verbal y paraverbal a la hora de expresarse. También se vislumbraron en las cuidadoras la presencia de estrategias más adaptativas para hacerle frente a su posición y conductas más asertivas. Dentro de estos comportamientos asertivos encontramos: la reivindicación de los derechos de los demás familiares, el aprendizaje de una mayor atención a sus necesidades y la capacidad de delegar responsabilidades en el cuidado mediante las ayudas externas ofrecidas. (Reinante Mariscal et al., 2011)

Los autores concluyeron que la intervención psicológica suele ser eficaz para estos casos, ya que el cuidador encuentra un espacio para sí mismo donde expresar sus emociones y recibe un asesoramiento adecuado. También el grupo en concreto da la oportunidad de que sociabilicen entre ellos, compartan experiencias y se sirvan de modelos positivos a la hora de tomar decisiones importantes requeridas por su situación vital. (Reinante Mariscal et al., 2011)

Finalizando con los antecedentes se localizó una investigación realizada en la Universidad de California, por Wellisch, Hoffman, Goldman, Hammerstein, Klein y Bell (1999), cuya finalidad fue visualizar los resultados que generaba la aplicación de un Modelo grupal. Este dispositivo estuvo compuesto por seis sesiones, una por semana, con una duración de aproximadamente dos horas cada una. Incluía elementos de educación y capacitación, el desarrollo de habilidades emocionales y psicosociales y apoyo.

La muestra con la cual trabajaron estuvo compuesta por 33 familiares directos de pacientes con cáncer de mama de alto riesgo (tanto vivos como fallecidos). Estos familiares tienen la particularidad de ser exclusivamente mujeres que rondan entre los 26 y 67 años de edad. (Wellisch, Hoffman, Goldman, Hammerstein, Klein y Bell, 1999)

Como resultado de la intervención grupal se detectó, por medio de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y el Inventario de Ansiedad por

Rasgos Estatales, una reducción significativa de los síntomas de depresión y ansiedad reactiva (no crónica). (Wellisch et al., 1999)

Este informe coincide con el estudio anterior en la efectividad del formato grupal para tratar la angustia psicológica presente en esa población. (Wellisch et al., 1999)

Retomando la noción de *redes sociales de contención*, para su mayor comprensión se conceptualizarán las dos dimensiones que la componen, es decir, la variable “redes sociales” y “contención o contención emocional”.

Las “redes sociales” refieren a un conjunto de personas o instituciones que establecen un vínculo entre sí, el cual es percibido como significativo. La función de este vínculo consta en proporcionar apoyo, confianza, atención, amor, valores y promover el bienestar del sujeto. (Gaino et al., 2019) (Lombardo y Soliveréz, 2019) El cuidado y la bienvenida brindados por los miembros de la red permiten al individuo compartir problemas y expresar sus sentimientos, lo que favorece a la atribución de significado y coherencia a su situación actual. (Leonidas, Crepaldi y Dos Santos, 2013)

Estas redes sociales tienen como principal característica el hecho de ser abiertas y dinámicas, es decir, se van modificando y construyendo, dependiendo del tamaño y la composición de sus vínculos, a lo largo de la vida (Lombardo y Soliveréz, 2019) y además tienen como principio básico la conectividad. Se podría decir que estas redes permiten intercambios efectivos entre un individuo y los miembros de entidades colectivas, y a través de esos intercambios se utilizan los recursos de cada uno para facilitar la resolución de conflictos y la satisfacción de sus necesidades. (Leonidas, Crepaldi y Dos Santos, 2013)

Custódio (2010) sostiene que, las redes sociales están fuertemente vinculadas a la construcción del apoyo social, ya que a través de ellas se lo brinda. El apoyo social se

refiere a la ayuda mutua, que puede o no ser significativa dependiendo del grado de integración de la red. Este apoyo podría considerarse una estrategia individual adecuada para enfrentar las dificultades provenientes de problemas de salud y enfermedad. (Leonidas, Crepaldi y Dos Santos, 2013)

Por otro lado, la “contención” hace alusión a la acción que se realiza con el fin de tranquilizar, fortalecer y brindar confianza a una persona que se encuentra fuertemente afectada por una crisis emocional. (Pereira Rodríguez y Jiménez Anaya, 2014) También se puede considerar como la capacidad de las personas para promover y tolerar la expresión de afectos y angustia de otros, y de registrar sus necesidades, obstáculos y logros. (Luzzi y Jaleh, 2009)

La definición de contención emocional está reciamente relacionada con los siguientes conceptos: (Luzzi y Jaleh, 2009)

1. Capacidad de reverie o Reverie materna, de Wilfred Bion (1926): refiere al estado anímico de apertura y recibimiento de cualquier "objeto" (sentimientos, emociones, dolor, pulsiones o necesidades) no elaborado (elementos beta) por parte del objeto amado y transformarlos en elementos simbolizables (elementos alfa), los cuales pueden ser re-introyectados por el sujeto. En resumen, la reverie materna es la capacidad de contención emocional. (Del Rio Salazar y Guerra Nieto, 2016).
2. La Función de sostenimiento o Holding materno, de Donald. W Winnicott (1960): tiene que ver con la forma en que la madre toma en sus brazos al bebé, vinculándose con la capacidad de esta para identificarse con él. Es decir, se refiere a la posibilidad de los seres humanos de sostener e identificarse con otros.
3. La Teoría del apego de J. Bowlby (1998) quien la define como la predisposición de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y extender

las diversas maneras de expresar su angustia, depresión y enfado, cuando son abandonados o viven una separación o pérdida.

### **3.4 Dispositivo grupal**

El dispositivo grupal que se ha seleccionado para lograr los objetivos es un “Grupo de Autoayuda y Ayuda Mutua” (GAAM) el cual es definido por los autores Sara Raggios y Gloria Soukoyan (2007) como:

*organizaciones de participación voluntaria, en las cuales se reúnen personas afectadas por una misma situación o patología, de la que cada individuo ha tomado conciencia y desea superar y aliviar mediante el intercambio activo de información y mutua cooperación con un amplio sostén emocional. (p.28)*

En él “gente con problemas en común se junta, comparten su sufrimiento y aprenden unos de otros, con o sin presencia de profesionales de la salud”. (Zadunaisky, 2007)

Para el funcionamiento de este tipo de grupo se incluyen dos conceptos claves: “Ayudarse-ayudando”, idea que une la autoasistencia con el servicio al prójimo. (Zadunaisky, 2007)

Según Liberman, el denominador común de todos estos grupos es que comparten el dolor con otros. Las personas acuden a los GAAM porque encuentran: apoyo mutuo, posibilidad de compartir soluciones viables y sencillas, confianza, comprensión, posibilidad de escuchar y ser escuchado y una “estructura fraternal”. Se debe aclarar que esta última busca la máxima igualdad entre los miembros, disminuyendo el liderazgo a la mínima expresión. (Zadunaisky, 2007)

Los GAAM tienen dos factores esenciales:

- 1) La autogestión: capacidad de un grupo de fijar sus reglas y organizar sus acciones en función de un objetivo que sus miembros tienen en común.
- 2) Sostén emocional: es generador de una red vincular de contención afectiva que proporciona solidez y continuidad al grupo. Además, le otorga a la persona la seguridad necesaria para volcar su sufrimiento en él. (Zadunaisky, 2007)

## **Plan de trabajo**

### **4.1 Actividades**

Se pondrá en marcha un Grupo de Autoayuda y Ayuda Mutua que consta de ocho encuentros, cuya duración varía entre 65 y 95 minutos cada uno, realizados una vez a la semana durante aproximadamente dos meses.

#### ***Encuentro n° 1***

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos dinámicas.

**Temas:** Presentación de los participantes y reducción de la ansiedad.

#### **Objetivos generales del encuentro:**

- Facilitar un contacto e interacción inicial entre los miembros del grupo.
- Disminuir la ansiedad.

#### **Actividad 1:** Red Carmesí

#### **Materiales:**

- Para todos los encuentros es indispensable contar con un espacio físico moderadamente amplio, privado y tranquilo.
- 8,50 mt de cinta bebe color rojo.
- 10 sillas.
- Un dispositivo para tomar fotografías.

**Tipo de estrategia:** Técnica de presentación grupal.

**Tiempo estimado:** 60 minutos.

**Instrucciones para el coordinador:**

1. Antes de que lleguen los familiares de los pacientes en cuidados paliativos ordenar las sillas en forma rectangular (desde una perspectiva aérea), colocando tres sillas del lado derecho, tres del lado izquierdo, dos en la parte superior del rectángulo y dos en la parte inferior.
2. Recibir a los participantes con un saludo amable.
3. Invitarlos a tomar asiento, solicitándoles que no muevan de lugar las sillas ya que su posición forma parte de la actividad que se va a realizar.
4. Una vez que hayan llegado todos los participantes (en todos los encuentros se dará un tiempo de espera de 10 minutos) el/la coordinador/a deberá presentarse mencionando su nombre, edad, profesión, actividades de esparcimiento de interés que realice actualmente o no, lo que desea que aporte el grupo y manifestará su predisposición a colaborar y escucharlos cuando lo necesiten. Mientras tanto le dará a cada uno de los integrantes una cinta bebe de color rojo de diferentes tamaños.
5. Finalizada la presentación del/ de la profesional, el/la mismo/a manifestará que durante esta actividad ninguno puede soltar su cinta hasta que concluya.
6. Posteriormente unirá su cinta roja con la cinta del familiar que se encuentre frente a él/ella, y éste deberá presentarse contando: su nombre, edad, profesión u oficio, hobbies o actividades que le guste hacer, a que familiar acompaña y cuida actualmente en el hospital, que enfermedad tiene y que lo motivó a asistir al grupo. Luego se presentará la persona que esté sentada al lado del/ la licenciado/a, quien unirá su cinta con el sujeto ubicado en frente, el cual también deberá presentarse. Después se dará a conocer el partcipe que se encuentre al otro lado del

psicólogo/a quien atará su hilo con el compañero del frente. Y por último se describirá la pareja restante.

7. A partir del paso anterior todos los hilos se anudarán entre si y formaran una red. El/la coordinador/a mostrará lo que han construido todos al unir sus cintas. Estas últimas poseen diferentes tamaños, lo que intenta representar las distintas historias que han llevado a estas 10 personas a encontrarse y vincularse aquí y ahora como hilos de una red.
8. Prontamente el/la profesional toma una foto de la red que han conformado y lee un fragmento de una leyenda denominada “El hilo rojo”, la cual dice: *“Hay un hilo rojo invisible que conecta a aquéllos que están destinados a encontrarse, sin importar tiempo, lugar o circunstancias. El hilo rojo se puede estirar, contraer o enredar, pero nunca romper”*. (Diario Norte, 2016)
9. Inmediatamente el/la licenciado/a realizará la siguiente pregunta disparadora: “¿Por qué creen que todos nosotros nos encontramos hoy en este lugar?”
10. Una vez finalizadas sus respuestas se da inicio a la posterior actividad.

## **Actividad 2:** Compartiendo un suspiro

### **Materiales:**

- 10 colchonetas Mat de Yoga de 180 x 60 cm.
- Un dispositivo para colocar música (parlante inalámbrico bluetooth).

**Tipo de estrategia:** Técnica de respiración profunda.

**Tiempo estimado:** entre 10 y 15 minutos

**Instrucciones para el coordinador:**

1. El/la coordinador/a debe preparar el ambiente antes efectuar la técnica de respiración. Para lo cual colocará música relajante (link en la pág. 105 del anexo) y tratará de que la luz presente en el espacio de reunión sea tenue. Al mismo tiempo explicará a los participantes: “Ahora realizaremos la última actividad del encuentro que tiene que ver con la respiración. Esta técnica nos servirá para disminuir la ansiedad en momentos de estrés”.
2. Les pide que tomen una colchoneta, se recuesten en ella y cierren los ojos.
3. Una vez que los integrantes del grupo hayan adoptado una posición cómoda. El/la licenciado/a dirá: “Intenten durante algunos minutos que ninguna idea ocupe su mente. Si aparecen pensamientos no les den importancia” ... “Poco a poco se irán desvaneciendo” ... “Simplemente disfruten de este momento de tranquilidad”
4. “Respiren de forma lenta profunda y regular. Tomen aire por la nariz y exhálenlo por la boca, sintiendo como éste baja hacia el abdomen” ... “Ahora cuando tomen aire van a retenerlo por cuatro segundos y lo van a expulsar por la boca lentamente”
5. “Traten de imaginar una situación relajante, puede ser un espacio verde, las olas del mar moviéndose suavemente, lo que quieran”
6. “Céntrense en esta imagen durante algunos minutos... préstense atención a todos los detalles que la componen...perciban las sensaciones que están experimentando...calor, tranquilidad, calma y disfruten de ellas”
7. Luego de un minuto “Ahora vamos a tratar de abrir lentamente los ojos... y volver a sentarnos”

8. Concluida la actividad el/la psicólogo/a les va preguntar cómo se sintieron realizando el ejercicio y si les costó relajarse. Anticipará que al final de cada encuentro se llevará a cabo una técnica de relajación.
9. El/la profesional da por finalizado el encuentro, expresará: “los espero el próximo lunes” y despedirá con un saludo a cada integrante.

## *Encuentro n° 2*

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos dinámicas.

**Temas:** Sucesos vitales significativos - Conexión con uno mismo y con el presente.

### **Objetivos generales del encuentro:**

- Fomentar el trabajo en equipo.
- Motivar la empatía y confianza entre los participantes.
- Generar una pausa en sus rutinas, promoviendo un momento de conexión con uno mismo y con el tiempo presente.

**Actividad 1:** Vidas cruzadas.

### **Materiales:**

- Dos hojas A4 blancas.
- 10 lapiceras negras.
- Cuatro correctores líquidos.
- 10 sillas.
- Un dispositivo para tomar fotografías.

**Tipo de estrategia:** Técnica de conocimiento mutuo y puesta en común.

**Tiempo estimado:** 50 minutos.

### **Instrucciones para el Coordinador:**

1. Antes de que lleguen los miembros del grupo el/la coordinador/a debe acomodar las sillas en círculo de espaldas unas con otras.

2. El/la profesional saluda a todos los partícipes y los invita a tomar asiento en ronda, sin mover de lugar las sillas ya que, al igual que el encuentro anterior, están ubicadas de esa manera adrede.
3. Se les otorga a sólo dos integrantes del grupo una hoja A4 blanca en la cual deberán escribir, de forma individual, una anécdota significativa de su vida que lo haya marcado y/o llevado a estar donde se encuentra hoy. El/la psicólogo/a añade que estos relatos serán anónimos.
4. El/la licenciado/a les explica que una vez que ambos miembros hayan finalizado sus relatos deberán devolverle las hojas. Luego las entregará a otros dos participantes, quienes, al igual que los primeros, tendrán que relatar por escrito una situación significativa de su vida que los haya definido o conducido a donde actualmente se encuentran a partir de una palabra o frase que haya escrito su compañero anterior, por ejemplo:
  - I. Vivencia del primer participante: “nacimiento de mi hijo/a”.

A partir de esta anécdota el segundo integrante toma la palabra hijo/a y escribe

  - II. Vivencia del segundo participante: “Cuando mi hijo/a se mudó”.

Siguiendo este formato de actividad, cada uno de los partícipes va a escribir su propia experiencia significativa. Mientras tanto el/la psicólogo/a tomará algunas fotografías.
5. Una vez finalizados los escritos el/la coordinador/a une, con una experiencia significativa propia, las dos historias escritas.
6. Posteriormente lee en voz alta la historia final, construida a partir de los relatos de todos los integrantes del grupo.

7. Concluida la lectura el/la profesional preguntará “¿Qué les parece la historia que hemos creado entre todos?”.
8. En este ámbito de dialogo el/la licenciado/a no debe olvidarse de mostrar y/o remarcar como estas experiencias escritas y las decisiones o caminos que cada uno ha tomado en su vida han hecho que, en este momento y lugar, se encuentren nueve personas que comparten la vivencia de enfermedad de un ser querido.
9. Se los invita a contar las anécdotas anotadas, si alguno se anima. A esta/s persona/s se la/s interroga acerca de lo que sintió/eron en ese momento, y ¿Por qué cree/n que esa situación lo/s marcó?

## **Actividad 2:** Escaneo general

### **Materiales:**

- Un dispositivo para colocar música (parlante inalámbrico bluetooth).
- 10 colchonetas Mat de Yoga de 180 x 60 cm.

**Tipo de estrategia:** Técnica de relajación.

**Tiempo estimado:** entre 10 y 15 minutos.

### **Instrucciones para el Coordinador:**

1. Antes de comenzar esta actividad el/la coordinador/a deberá preparar el ambiente con música relajante (ver link en la pág. 105 del anexo) y luz tenue.
2. Se les solicita a los participantes que tomen una posición cómoda, ya sea sentados, parados o acostados en la colchoneta.
3. Una vez adquirida esta postura se les pide que cierren sus ojos. Al cabo de algunos segundos la coordinadora dirá: “Sientan como el aire entra y sale” ... “sigan el recorrido de su inhalación y exhalación”

4. “La respiración nos sirve de ancla nos ayuda a calmarnos y a conectar con el momento presente”
5. “Ahora trataremos de percibir todo lo que nos pasa, nuestros pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas...como estoy en este momento” (silencio por aproximadamente un minuto).
6. “Sólo observen con atención sin juzgar”
7. “Regresen a su respiración, traten de conectarse nuevamente con ella”
8. “Tomen conciencia de todo su cuerpo...de cada parte de él”
9. “Amplíen su conciencia a todo lo que los rodea... al lugar en el que están”
10. “Abran sus ojos lentamente y de a poco tomen asiento”.
11. Acabada la ejecución de la técnica se les preguntará a los integrantes: “¿Cómo se sintieron?, ¿Pudieron conectarse con su respiración?, ¿Qué sensación corporal tuvieron?” y, por último, “Cuando se conectaron con este lugar ¿Qué percibieron?”.
12. Respondidas las anteriores interrogantes, se dará por finalizado el segundo encuentro, agradeciéndoles a todos los miembros del grupo su concurrencia, recordándoles la fecha del próximo encuentro y despidiéndose con un saludo cordial.

### ***Encuentro n° 3***

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos dinámicas.

**Temas:** La mentira y la verdad - Disminución de la ansiedad.

**Objetivos generales del encuentro:**

- Promover la comunicación veraz de la información.
- Reflexionar acerca de la mentira y la verdad.
- Disminuir los estados de ansiedad generalizada.
- Relajar la tensión muscular.
- Facilitar la conciliación del sueño.

**Actividad 1:** Mentira vs Verdad

**Materiales:**

- 10 hojas impresas en blanco y negro.
- 10 sillas.

**Tipo de estrategia:** Técnica de autorreflexión y puesta en común.

**Tiempo estimado:** entre 40 y 50 minutos

**Instrucciones para el Coordinador:**

1. El/la coordinadora recibe a los participantes con un saludo y los invita a tomar asiento en ronda.
2. El/la profesional comentará que el tema a tratar en el encuentro de hoy es la mentira y la verdad. Para comenzar a hablar acerca de esta temática le otorgará a cada integrante una hoja impresa con una leyenda denominada “La leyenda de la mentira y la verdad” (ver anexo pág. 105).

3. El/la psicóloga lee en voz alta la leyenda mencionada con anterioridad.
4. Luego de esta lectura se crea un espacio de debate acerca de la mentira y la verdad mediante la mención de las siguientes preguntas disparadoras:
  - ¿En qué los hace pensar esta leyenda?
  - ¿Alguna vez les mintieron?, alguno se anima a contar ¿Cómo fue esa experiencia?, ¿Qué sentiste/sintieron cuando descubriste/eron la verdad? ¿Por qué razón crees/n que esa persona lo hizo?
  - ¿Alguna vez mintieron por miedo a la verdad o conocieron a alguien que lo allí hecho? Alguno se anima a contar ¿Cómo fue esa situación y cómo se sintió?
5. Una vez finalizada la puesta en común, interrogar a los miembros del grupo acerca de “¿Qué moraleja o mensaje les dejó esta actividad?”

## **Actividad 2:** Técnica de relajación muscular reducida

### **Materiales:**

- 10 colchonetas Mat de Yoga de 180 x 60 cm.
- Un dispositivo para colocar música (parlante inalámbrico bluetooth).

**Tipo de estrategia:** Técnica de relajación muscular.

**Tiempo estimado:** entre 15 y 20 minutos.

### **Instrucciones para el Coordinador:**

1. Antes de comenzar la técnica de relajación el/la coordinador/a coloca música relajante (link presente en la pág. 105 del anexo), al igual que los encuentros anteriores.

2. Les solicita a los miembros del grupo que tomen una posición cómoda ya sea sentados o acostados en la colchoneta.
3. El/la profesional les explica que la primera etapa de esta técnica consta en relajar y tensar diferentes partes del cuerpo. A continuación les solicitará: “cuando yo diga la palabra “ahora” deberán relajar la parte del cuerpo que mencioné, mientras que cuando diga “relajen” relajarán lentamente esa zona”.
4. El/ la psicólogo/a expresará: “Primero les voy a pedir que cierren los ojos... arruguen su frente (por unos segundos) y relajen”. Cada ejercicio se repetirá tres veces con un intervalo de algunos segundos de descanso entre uno y otro.
5. “Perfecto ahora arruguen su nariz... relájenla”
6. “Ahora van a arrugar los labios como si fueran a dar un beso y al mismo tiempo presionarán sus dientes... relajen”
7. “Sin abrir los ojos les voy a pedir que flexionen la cabeza hacia atrás por algunos segundos y cuando les diga ahora vuelvan a la posición inicial... ahora”
8. “Flexionaremos la cabeza hacia adelante, y cuando les diga ahora volverán a la posición inicial lentamente... ahora”
9. “Nos desplazaremos a la zona de los hombros presionándolos contra el cuello y, como hicimos anteriormente, cuando diga ahora volverán a la posición inicial...ahora”
10. “Bajaremos hacia la zona de los brazos, y los colocaremos al costado del cuerpo... intenten contraer el brazo derecho, es decir póngalo duro, mientras aprietan el puño de su mano... ahora relajen ese brazo. Haremos lo mismo con el brazo izquierdo ténsenlo y presionen su mano... relajen”
11. “Seguiremos bajando hasta llegar a las piernas, estiren la pierna derecha hacia arriba, como si la alargaran... mantenemos por algunos segundos... y relajen....

Haremos lo mismo con la pierna izquierda, llévenla hacia arriba... noten su tensión... y relajen”

12. “Les voy a pedir a todos que se sienten lentamente”.
13. Una vez adoptada esta posición el/la licenciado/a dirá: “Crucen los brazos, y agárrense con las manos el brazo contrario, lleven despacio los codos hacia atrás hasta llegar a la altura de su cabeza. Notarán la tensión en la parte inferior de la espalda y en los hombros... relajen”
14. “Por último, les pido que inspiren, retengan el aire durante algunos segundos... sientan la tensión en su pecho... y espiren lentamente”
15. “Ahora pasaremos a la segunda etapa de esta técnica, les vuelvo a pedir que cierren los ojos, recuerden mentalmente todos aquellos músculos que fuimos relajando y tensando, comprobando si estas partes siguen relajadas”
16. “Pasaremos a la última fase de relajación... aquí les voy a pedir que traten de pensar en algo agradable, algo que les guste, que sea relajante... puede ser una canción, un lugar, lo que quieran... o bien dejen la mente en blanco... intentaremos relajar la mente, lo que al mismo tiempo nos va a permitir que se siga aflojando nuestro cuerpo”
17. “Vayan abriendo los ojos lentamente” (Técnica reducida, abstraída de la elaborada por la Universidad de Almería y Ministerio de Educación y Ciencia, 2008).
18. Finalizados los ejercicios el/la coordinadora les preguntará “¿Cómo se sienten?”.
19. Respondido el interrogante el/la psicólogo/a plantea el final del encuentro diciendo “eso es todo por el encuentro de hoy, espero que se hallan sentido bien. Nos volveremos a reunir el lunes de la próxima semana” y despide con un saludo a cada uno de los participantes.

### *Encuentro n° 4*

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos dinámicas.

**Temas:** Recepción y transmisión de malas noticias – La autotranquilización.

**Objetivos generales del encuentro:**

- Promover estrategias de comunicación asertiva.
- Favorecer la expresión de emociones y la empatía.
- Suscitar la autotranquilización.
- Fomentar una autorregulación de las funciones orgánicas.
- Disminuir el dolor.
- Impulsar la formulación de propósitos.

**Actividad 1:** Se avecina la tormenta

**Materiales:**

- 10 sillas.
- Nueve sobres de papel.
- Tres hojas impresas en blanco y negro.

**Tipo de estrategia:** Dinámica de comunicación asertiva y puesta en común.

**Tiempo estimado:** 90 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:**

1. Antes de que lleguen los participantes se arma un círculo con las sillas y se coloca en cada una de ellas un sobre que contiene una hoja impresa con una situación de tensión hipotética.

2. El/la coordinador/a saluda amablemente a los integrantes y les solicita que tomen asiento. Mientras tanto les explica que cada silla tiene un sobre que será abierto una vez que hayan llegado todos sus compañeros.
3. Presentes y acomodados todos los miembros del grupo se les solicita que abran los sobres y lean mentalmente lo que dice la hoja que hay dentro de él.
4. El/la profesional expondrá: “A cada uno le ha tocado una situación hipotética que coloca a sus personajes en un estado de tensión” (estas experiencias se encuentran anexadas en la pág. 106). “Ahora bien, en esta actividad deben ponerse en el lugar de ese sujeto que recibe o tiene que comunicar una mala noticia”.
5. Cada situación va acompañada de una o más preguntas que el integrante tendrá que responder en voz alta.
6. Primero el/la licenciado/a invita: “¿Alguno se anima o le gustaría leer la situación que le ha tocado?”. Quien comience a exponer su situación hipotética, posteriormente tendrá que responder a la/s pregunta/s que contiene su carta.
7. Una vez que el primer participante comunicó su situación hipotética y contestó al o a los interrogantes. Sus compañeros tendrán que dar su opinión acerca de esa experiencia y comentar si coinciden o no con la respuesta que éste ha dado. En caso de que no acordar deberán expresar como la hubiesen afrontado.
8. Proseguirá el compañero de al lado realizando la misma actividad, es decir leyendo la experiencia en la cual le tocó posicionarse y respondiendo a sus preguntas. Luego los compañeros volverán a opinar acerca de esta nueva situación de tensión; y así sucesivamente con cada uno de los participantes.
9. Posteriormente esta actividad funcionará como disparador para abrir un espacio de dialogo en donde los asistentes podrán contar “¿Cómo su familiar les informó de su enfermedad?, ¿Cómo se sintieron en ese momento?, cuando se lo tuvieron

que transmitir a otra persona o familiar ¿Cómo lo hicieron? y ¿Cómo se sintieron antes, durante y después de decírselo?”.

**Actividad 2:** Estoy tranquilo/a

**Materiales:**

- Un dispositivo para colocar música (parlante inalámbrico bluetooth).
- 10 colchonetas Mat de Yoga de 180 x 60 cm.

**Tipo de estrategia:** Entrenamiento autógeno.

**Tiempo estimado:** 5 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:**

1. El/la coordinador/a preparará el ambiente, para llevar a cabo la técnica de relajación, con música relajante (link anexo en la pág. 106), luz tenue y temperatura agradable.
2. El/la psicólogo/a dice: “Ahora vamos a realizar una técnica de relajación, por lo que les voy a pedir que se pongan en una posición cómoda, ya sea acostados en las colchonetas o sentados”.
3. Una vez que los participantes tomen esa postura el/la licenciado/a manifestará: “Vamos a cerrar los ojos... trataremos de sentir nuestra respiración”
4. “Nuestros brazos están pesados”, el/la profesional repite esta frase tres veces con un tono de voz cada vez más bajo.
5. “Estoy tranquilo...estoy tranquila”
6. “Mis brazos están calientes”, al igual que en el paso número 4, se repite tres veces la oración con un tono de voz cada vez más suave y luego se hará silencio por algunos segundos.

7. “Estoy muy tranquilo...estoy muy tranquila... mi cabeza está despejada y clara”
8. “Ahora les voy a pedir que se estiren como si recién se despertaran”
9. “Vamos a respirar profundo, retenemos el aire por algunos segundos (la coordinadora cuenta mentalmente hasta cinco) y exhalen, vamos una vez más, tomen aire, sientan que su pecho se infla... y exhalen... la última vez, inhalen... exhalen” (silencio por algunos segundos).
10. “Vamos a abrir lentamente los ojos”.
11. El/la profesional da por finalizado el encuentro, les agradece a los participantes por su presencia y los despide con un saludo.

### *Encuentro n° 5*

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos dinámicas.

**Temas:** Necesidades básicas - La respiración.

**Objetivos generales del encuentro:**

- Brindar recomendaciones o tips al cuidador para su propio cuidado.
- Percibir sus necesidades básicas y posibles satisfactores.
- Disminuir la ansiedad y el estrés.
- Alcanzar un mayor estado de tranquilidad y relajación.

**Actividad 1:** Mis necesidades básicas

**Materiales:**

- Dos cartulinas (en una de ellas habrá un dibujo de una pirámide con seis niveles y en la otra cinco cuadrículas de acuerdo a los tipos de necesidades básicas planteadas por Abraham Maslow)
- Seis marcadores no tóxicos de diferentes colores.
- 39 folletos dípticos a color de 15 x 20 cm.
- 10 sillas.
- Una tijera.
- Un adhesivo para papel.
- Un dispositivo para tomar fotografías.

**Tipo de estrategia:** Técnica informativa, puesta en común y trabajo en equipo.

**Tiempo estimado:** 80 minutos.

### Instrucciones para el Coordinador:

1. Antes de comenzar con la actividad el/la profesional acomoda las sillas formando un círculo y coloca las dos cartulinas y los fibrones en el centro del mismo.
2. El/la coordinador/a recibe y saluda a todos los miembros del grupo, les pide que tomen asiento y cuenta que el tema a tratar en este encuentro es: “las necesidades básicas”.
3. A partir de la pregunta disparadora “¿Cuáles creen ustedes que son las necesidades básicas de todo ser humano?” iniciará el dialogo sobre esta temática.
4. Cada vez que los miembros den una respuesta al interrogante, el/la psicólogo/a los invitará a escribirla en un cuadrante de una de las cartulinas. Luego este participante deberá contestar: ¿Cuándo fue la última vez que satisfago esa necesidad? y ¿Cómo lo hizo? En la siguiente tabla se encuentran las preguntas específicas que el/la licenciado/a debe realizar ante la mención de diversas necesidades básicas:

Necesidades Básicas	Preguntas a realizar
Necesidades Fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de alimentación: ¿Cuándo fue la última vez que comiste? ¿Qué comiste?</li> <li>- Necesidad de descanso y sueño: ¿Cuándo fue la última vez que dormiste? ¿Por cuánto tiempo lograste conciliar el sueño?</li> <li>- Necesidad de beber: ¿Cuándo fue la última vez que bebiste? ¿Qué bebiste?</li> </ul>
Necesidades de seguridad y protección	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguridad física y salud: ¿Cuándo fue la última vez que te sentiste mal de salud? ¿Qué hiciste para tratar ese malestar?</li> <li>- Obtención de recursos por medio del trabajo u oficio: ¿Trabajas actualmente o trabajaste? ¿De qué? ¿Tu trabajo te dio la posibilidad de contar con un hogar,</li> </ul>

	alimento y recursos para preservar tu salud, como por ejemplo medicamentos?
Necesidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vínculo familiar: ¿Cuándo fue la última vez que te reuniste con algún familiar que no sea la persona a la que actualmente estas cuidando? ¿Qué hicieron al juntarse?</li> <li>- Vínculo de pareja: ¿Cuándo fue la última vez que te reuniste con tu pareja? ¿Qué hicieron juntos?</li> <li>- Vínculo de amigos: ¿Cuándo fue la última vez que te reuniste con algún amigo? ¿Qué hicieron?</li> </ul>
Necesidades de estima	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confianza en sí mismo: ¿Cuándo fue la última vez que lograste u obtuviste algo que deseaste?, no necesariamente tiene que ser un objetivo muy elevado. ¿Confiabas en que podías alcanzar ese logro?</li> <li>- Hobbies: Alguno me quiere contar ¿Que hobbies realizó o realiza? ¿Cuándo fue la última vez que hiciste esa actividad? ¿Alguna vez alguien te dijo que eras bueno/a haciéndola? (esta pregunta se hará en general a todos los miembros del grupo)</li> </ul>
Necesidad de Autorrealización	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué los motiva en sus vidas? (este interrogante se realizará, llegando al final de la actividad, a todos los partícipes de la agrupación)</li> </ul>

Se considera que los partícipes nombrarán principalmente las necesidades fisiológicas y posiblemente la necesidad de salud, trabajo y tiempo de ocio. Ante la mención de la necesidad de salud el/la coordinador/a debe explicar que la misma se encuentra dentro de un tipo de necesidades más amplio denominado “Necesidades de seguridad y protección”, la cual abarca la seguridad física, la salud y la necesidad de generar y contar con recursos tales como: alimentos, refugio y dinero. (Fundación Universia, 2017). Esta necesidad específica, está intrínsecamente vinculada con el trabajo u oficio.

Mientras que en el caso de que alguno de los integrantes nombre la necesidad de tiempo de ocio el/la licenciado/a explicará que ésta se localiza dentro un modelo de necesidad más amplio llamado “Necesidad de estima”. Este modelo se divide, a su vez, en dos tipos: por un lado, se encuentra la “estima alta” que hace referencia a la necesidad de ser respetados por nosotros mismos, por lo que incluye sentimientos tales como la independencia, la libertad, la confianza en lo que uno hace y es, y también integra la obtención de logros tanto a nivel personal como laboral. (Fundación Universia, 2017).

Por otro lado, encontramos la “estima baja” que se refiere a la necesidad de ser respetado por los demás y abarca las demandas de atención, aprecio y reconocimiento. (Fundación Universia, 2017).

Definimos nuestra personalidad a través de las actividades que realizamos, ya sea nuestra profesión u oficio o hobbies, estas son las formas que tenemos todos los seres humanos de obtener la aceptación y valoración de los otros.

Cabe aclarar que, ante la alusión a la necesidad de trabajo el/la profesional debe explicar que la misma se vincula tanto con las necesidades de seguridad y protección (ya que permite la obtención de recursos para la subsistencia) como con las necesidades de estima (por que posibilita el reconocimiento por parte de los demás).

5. Una vez que los miembros del grupo terminen de nombrar las necesidades, el/ la psicólogo/a va a explicar y ampliar aquellas que no hayan sido mencionadas aún, basándose en la Teoría de las Necesidades Humanas de Maslow (1934). Dentro de las necesidades omitidas podrían encontrarse:

- Necesidades sociales: Tienen que ver con los vínculos, ya sea con la familia, la pareja y/o los amigos. Por lo tanto, se relaciona con la búsqueda de amor, de sentido de pertenencia y de espacios de intimidad. (Fundación Universia, 2017).
- Necesidad de autorrealización: Es la necesidad de todos los seres humanos de encontrarle una justificación o sentido a la vida. (Fundación Universia, 2017).

Las necesidades de estima y de seguridad fueron definidas en el paso anterior.

6. Luego de haber conceptualizado las necesidades no dichas se realizarán las preguntas especificadas en la tabla anterior a aquellos integrantes que todavía no hayan participado de la actividad.
7. Después de que cada uno de los partícipes mencione una necesidad y responda a sus debidas preguntas el/la profesional comunica un dato novedoso acerca de esa necesidad específica, como por ejemplo: Supongamos que el primer participante menciona la necesidad de comer, la registra en uno de los cuadrantes de la cartulina y responde a los interrogantes realizados. Posteriormente el licenciado/a dirá: “sabían que comer fruta con el estómago vacío previene la caída del cabello, la aparición de canas y ojeras y disminuye la posibilidad de experimentar un ataque cardíaco”.  
  
O sea que el/la coordinador/a dará un tip o recomendación por cada necesidad nombrada por los familiares.
8. Finalizada la mención de todas las necesidades básicas, contestados los interrogantes y compartidos los tips, el/la profesional invitará a todos los integrantes a recortar los cuadrantes donde escribieron las necesidades básicas y sus debidas necesidades específicas.
9. Una vez que los cuadrantes fueron recortados se los incita a ubicarlos en la pirámide dibujada en la otra cartulina, por orden de complejidad o dificultad de satisfacción.

Es decir, en la base del triángulo deberán colocarse las necesidades más básicas y en la punta las más complejas. Mientras tanto el/la profesional tomará algunas fotografías.

10. Concluida esta parte de la actividad el/la licenciado/a le entrega a cada miembro del grupo cuatro panfletos informativos (anexo en las pág. 107-110) que contienen las recomendaciones que se enunciaron durante el encuentro.

## **Actividad 2: Conociendo nuestra respiración**

### **Materiales:**

- 10 colchonetas Mat de Yoga de 180 x 60 cm.
- Un dispositivo para colocar música (parlante inalámbrico bluetooth).

**Tipo de estrategia:** Técnica de respiración diafragmática o abdominal.

**Tiempo estimado:** entre 10 y 15 minutos.

### **Instrucciones para el Coordinador:**

1. Preparar el ambiente para llevar a cabo la técnica de respiración con música relajante de fondo y luz tenue.
2. El/la coordinador/a dirá: “Para comenzar con esta técnica de relajación les voy a pedir que en la posición en la que se encuentran inhalen la mayor cantidad de aire que puedan, pero no lo exhalen inmediatamente si no que lo van a retener por diez segundos”, pasado este tiempo el/la psicólogo/a expresará “liberen el aire”
3. “Ahora les voy a pedir a cada uno que muevan su silla a un costado del salón y vayan a buscar una colchoneta”.
4. Cumplido el paso tres el/la profesional expondrá: “recuéstense en la colchoneta y cierren sus ojos”.

5. Una vez adquirida la posición anterior manifestará “Coloquen su mano derecha sobre su panza y la izquierda sobre su pecho”.
6. Inmediatamente después de realizar la instrucción anterior el/la licenciado/a dirá: “Tomen aire por la nariz y expúsenlo por la boca” ... “traten de notar cuál es la mano que se levanta al respirar” ... “Si la mano que más se eleva es la colocada en el pecho esto significa que su respiración está siendo incompleta” ... “Para hacer una respiración completa, o sea usando toda la capacidad pulmonar, la mano que debe levantarse es aquella que colocaron en su vientre”
7. “Vamos a volver a respirar... esta vez intentaremos que al inhalar se levante la mano colocada sobre el pecho y al mismo tiempo la panza se infle. Mientras que cuando exhale se mover la mano situada en la barriga y esta última se meterá hacia adentro como cuando un globo se desinfla”
8. Dominada esta técnica de respiración el/la psicólogo/a enunciará: “Nuevamente les voy a pedir que vuelvan a tomar aire lenta y profundamente por la nariz tratando de que el pecho se infle y la panza salga hacia afuera. Pero ahora retendremos el aire por tres segundos y luego lo soltaremos por la boca notando como el abdomen se mete hacia dentro”
9. Al cabo de unos segundos de descanso el/la licenciado/a expondrá: “Para finalizar este ejercicio les voy a pedir que imaginen que están en un lugar agradable, por ejemplo: una playa, un espacio verde, su casa, etc. Por última vez les voy a pedir que inhalen, luego traten de contener el aire por algunos segundos, yo voy a contar hasta cinco y cuando llegue a este número exhalarán tratando de relajar todo su cuerpo”.
10. “Inhalen...1, 2, 3, 4, 5”.

11. Finalizado el ejercicio de respiración se les explica a los participantes que el mismo puede efectuarse, ya sea en sus casas o en el hospital, cuando se sientan tensos, nerviosos, ansiosos o estresados para lograr un mayor estado de tranquilidad.

### ***Encuentro n° 6***

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos dinámicas.

**Temas:** Emociones básicas - Ejercicios de yoga para relajar el cuerpo.

#### **Objetivos generales del encuentro:**

- Ejercitar la percepción de las emociones.
- Motivar la expresión de emociones.
- Enseñar ejercicios de yoga breves para relajar el cuerpo.

#### **Actividad 1:** Emociones musicales

#### **Materiales:**

- Un dispositivo para colocar música (parlante inalámbrico bluetooth).
- Tres hojas impresas en blanco y negro.
- Nueve lapiceras de color negro.
- Cuatro correctores líquidos.
- 10 sillas.
- Un mesón.
- Una bolsa de papel madera Kraft n° 2, la cual tendrá escrita la palabra emociones.

**Tipo de estrategia:** Técnica de percepción de emociones y puesta en común.

**Tiempo estimado:** 60 minutos.

#### **Instrucciones para el Coordinador:**

1. El/la licenciado/a saluda a los integrantes, los invita a tomar asiento en ronda y les dice: “Hoy trabajaremos con las emociones”.

2. El/la coordinador/a le entrega a cada participante una hoja impresa (ver anexo pág. 111) y expresa “Esta hoja que les estoy entregando contiene dos actividades que vamos a realizar hoy”.
3. “Primero vamos a llevar a cabo la actividad 1 que consta en responder a la pregunta ¿Qué emociones me generan los siguientes sonidos o canciones?” (los temas musicales se encuentran anexados en la pág. 110) con las opciones de respuesta disponibles -las ocho emociones básicas según el psicólogo estadounidense Robert Plutchik (1980): sorpresa, alegría, ira, tristeza, desagrado, miedo, esperanza y aceptación-. Debajo estarán enumerados los temas musicales y al lado de cada uno tendrán que escribir la emoción con la cual lo vinculan.
4. El/la psicólogo/a pone los ocho temas musicales. Al finalizar cada uno de ellos preguntará: “¿Pudieron conectarlo con alguna emoción o necesitan escucharlo de nuevo?”
5. Una vez realizada la primera actividad el/la licenciado/a les dirá a todos los miembros: “Según lo que anotaron ¿Qué emoción les generó el primer tema musical?”, y una vez dadas sus respuestas dirá: ¿Qué característica de la canción los conectó con esa emoción? Estas preguntas se repetirán para cada una de las ocho melodías.
6. Contestados todos los interrogantes, pasaremos a la segunda actividad. Aquí el/la coordinador/a le solicitará a cada integrante que retire de la bolsa un solo papel y que lea mentalmente y recuerde la emoción que se encuentra escrita en él.
7. Posteriormente los participantes deberán responder, de forma oral e individual, la siguiente pregunta: “De acuerdo a la emoción que te tocó y a la canción o sonido con el cual la vinculaste en la actividad anterior ¿A qué momento de tu vida te

recuerda ese tema musical?”. Si es necesario se pueden escuchar nuevamente las melodías.

8. Una vez que todos los integrantes del colectivo cuenten esa anécdota o situación que recordaron al escuchar la canción, el/ la coordinador/a reflexionará acerca de la conexión entre nuestros sentidos y emociones. Expresará: “Como vimos a lo largo de las actividades, las emociones están fuertemente conectadas con nuestros sentidos. Es decir, con lo que vemos (visión), lo que oímos (audición), lo que olemos (olfato), lo que degustamos (gusto) y lo que percibimos en nuestra piel (tacto). Por lo tanto, se vinculan con nuestro cuerpo. Por eso, para detectar más fácilmente lo que sentimos y lo que causó esa emoción, debemos prestarles atención a las sensaciones corporales.”

“Por ejemplo, yo estoy manejando tranquilamente por la ciudad y de repente se cruza un joven en bicicleta, por lo que freno mi vehículo de forma inmediata. Esta situación hace que mi cuerpo se tense, mis hombros suben hacia mi cuello, mi corazón late más rápido de lo normal, me transpiran las manos. Todas esas sensaciones dan cuenta de la presencia de emociones, en este caso miedo y enojo, las cuales solo podré controlar y modificar si logro percibir las”.

## **Actividad 2:** Mini clase de Yoga

### **Materiales:**

- 10 colchonetas Mat de Yoga de 180 x 60 cm.
- Un dispositivo para colocar música (parlante inalámbrico bluetooth).
- Una instructora o profesora de yoga.
- Un dispositivo para tomar fotografías.

**Tipo de estrategia:** Técnica de relajación y proceso de enseñanza aprendizaje sobre ejercicios de yoga.

**Tiempo estimado:** 30 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:**

1. Se prepara el ambiente de trabajo, corriendo las sillas y la mesa hacia un lado del salón y colocando música relajante.
2. En este caso será invitado/a un/a profesor/a de yoga a quien el/la coordinador/a presentará a los miembros del grupo diciendo “Él/ella es (su nombre), es profesor/a de yoga y será quien se encargue de la última actividad que realizaremos en este encuentro. Principalmente nos brindará herramientas y ejercicios simples de yoga, que podremos realizar en cualquier momento del día, para relajar nuestro cuerpo”.
3. Mientras la instructora de yoga lleva a cabo su mini clase el/la psicólogo/a tomará algunas fotografías de forma discreta.

### *Encuentro n° 7*

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos dinámicas.

**Temas:** Huellas que dejamos en la vida de otros y que ellos dejan en la nuestra - La impermanencia.

**Objetivos generales del encuentro:**

- Dejar un recuerdo de la experiencia grupal y del familiar-paciente internado en los miembros del GAAM.
- Incentivar por medio del arte la expresión de emociones.
- Vincular al participante con su familiar-paciente internado.
- Conocer y reflexionar acerca de la impermanencia.
- Lograr un mayor estado de relajación y de conciencia del cuerpo y la mente.

**Actividad 1:** Recuerdos que detienen el tiempo

**Materiales:**

- Nueve hojas blancas de dibujo n° 5.
- Nueve temperas no tóxicas de diversos colores.
- Nueve marcadores no tóxicos de diferentes colores.
- Dos cajas de 12 lápices de colores.
- Nueve alcoholes en gel de 50 ml.
- Nueve impresiones o revelado digital de fotografías.
- Un dispositivo para tomar fotografías.

**Tipo de estrategia:** Técnica artística.

**Tiempo estimado:** entre 30 o 40 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:**

1. Se les explica a los cuidadores que en este encuentro se realizará un mural de huellas, representando la marca que ellos han dejado y dejarán por siempre en la vida del familiar que actualmente están cuidando y viceversa.
2. Se le otorga a cada integrante su propia hoja y se les solicita que dibujen o pinten allí su mano y la coloreen o decoren como deseen. El/la coordinador/a resaltarán: “No se olviden de escribir su nombre en la hoja”.
3. El/la profesional les dice a todos los miembros del grupo que deberán transmitirle la consigna que se les dio anteriormente a su familiar-paciente.  
  
De acuerdo a la movilidad, capacidad y motivación que tenga este último, él será quien diseñe su obra (en la misma hoja que su familiar) o su cuidador, siguiendo sus instrucciones.
4. Se le otorga a cada participante, además de la hoja de dibujo, un marcador, una tempera no tóxica, dos o tres lápices de colores y un pequeño alcohol en gel para quitarse la pintura.
5. Mientras las duplas van creando su obra de arte el/la psicólogo/a irá tomando fotografías. De ellas se elegirá una por pareja, la cual será impresa y entregada a su debido participe en el próximo encuentro.
6. Finalizada esta dinámica se les solicita a los integrantes del colectivo que vuelvan a reunirse en la sala para realizar la última actividad del día.
7. Llegados a la sala el/la licenciado/a pide a los familiares que le otorguen sus obras de arte, las cuales serán devueltas la próxima semana encuadradas, con el objetivo de que puedan ser exhibidas en sus hogares y se conserven en buen estado.

**Actividad 2:** La impermanencia**Materiales:**

- 10 colchonetas Mat de Yoga de 180 x 60 cm.

**Tipo de estrategia:** Técnica de relajación y autoconciencia.

**Tiempo estimado:** 30 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:**

1. A diferencia de las demás técnicas de relajación, ésta requiere de un ambiente lo más silencioso posible.
2. El/la coordinador/a dirá: “Les voy a pedir que tomen una posición cómoda para meditar, ya sea sentados o acostados en la colchoneta...acomoden su cuerpo... pongan su espalda derecha pero no rígida... sus hombros hacia atrás relajados... acomoden sus brazos al costado del cuerpo y las palmas de sus manos mirando hacia adentro”.
3. Una vez que los participantes hayan adoptado esta pose el/la profesional expresará: “El ejercicio comenzará cuando sientan el sonido de una campana” (link presente en la pág. 112 del anexo).
4. El/la psicólogo/a coloca el sonido de un golpe de Cuenco Tibetano y luego manifiesta: “Vamos a comenzar a relajar cada parte de nuestro cuerpo... destenso mi frente, relajo el entrecejo, mis párpados... mi lengua... la mandíbula... los hombros... el pecho... y aflojo la panza”
5. “Vuelvo a chequear que mis hombros no estén tensos... controlo que estén relajadas mis caderas...muslos... piernas y pies”

6. “Ahora voy a prestarle atención a mi respiración... siento si mis inhalaciones son largas o cortas... si mis exhalaciones son largas o cortas... si noto diferencia en la temperatura del aire cuando entra de cuando sale”
7. “Pasaremos a prestarle atención a los pensamientos... en qué momento aparecen... Si se trata de un pensamiento que no me gusta no trato de evitarlo y si en cambio es positivo no intento exagerarlo... simplemente voy a contemplarlos... sin tratar de controlarlos, aceptándolos, sin juzgarlos... Solamente observo lo que pasa... si es una imagen o una conversación interna conmigo mismo”.
8. “Intenten estar atentos a la impermanencia, este concepto se refiere a que todo pensamiento o sentimiento tiene un comienzo, un desarrollo y un final”
9. “Van a intentar ver cuándo aparece un pensamiento o sentimiento... que les genera en el cuerpo ... si se trata una sensación agradable, desagradable o si no genera sensación alguna”.
10. “Después observen como sigue ese pensamiento, si aumenta, disminuye...o se transforma”.
11. “Piensen en un perro... esa imagen posiblemente cambie, el perro puede cambiar de tamaño, puede pasar de ladrar a echarse, puede estar en un lugar y luego en otro, y de pronto la mente nos lleva a un arroyo; Bueno eso es la impermanencia. El perro ya no está, ahora hay un lago... observo como cae el agua, escucho su sonido, siento su aroma. Puede que en algún momento aparezca otra imagen, por ejemplo, la de una ciudad; Eso es la impermanencia”.
12. “Trato de ver cómo está mi cuerpo, si hay alguna zona tensa la relajo... Muy bien”.

13. “Ahora durante tres minutos voy a permanecer en silencio y van a tratar de estar atentos a la impermanencia... si en algún momento la mente se distrae respiren hondo tres veces e intenten volver a focalizar la atención en la impermanencia de sus pensamientos y sentimientos”.
14. Pasados los tres minutos el/la licenciado/a dice: “Habitualmente no percibimos cuando comienzan nuestros pensamientos y sentimientos, si no que nos damos cuenta cuando el cuerpo nos avisa con una contractura, acides u otros malestares físicos”.
15. “Este ejercicio implica estar más atentos a nuestras sensaciones corporales, por más pequeñas que sean, para poder detectar que ese pensamiento que creemos que está dando vueltas en nuestra cabeza y es eterno, se transforma, cambia, varía más allá de nuestra voluntad... Lo que sí está dentro de nuestras posibilidades es el relacionarnos de un modo distinto con esos pensamientos, aceptándolos, tomándolos amablemente y relajando nuestro cuerpo”.
16. “Para finalizar esta meditación vamos a hacer tres movimientos circulares con los hombros hacia atrás...ahora tres movimientos de hombros hacia adelante... vamos a girar la cabeza hacia un lado... y hacia el otro... estiren los brazos”.
17. “Por último, inhalen profundamente y exhalo... hago otra inhalación profunda... exhalo. La última vez, inhalo... y exhalo”.
18. “Cuando sientan el ruido de la campana, que sonó al comenzar el ejercicio, van a abrir muy lentamente los ojos”.
19. El/la psicólogo/a coloca el sonido del golpe del Cuenco Tibetano.
20. Terminado el ejercicio se les pregunta a los participantes como se sienten.

21. Se da por finalizado el encuentro, el/la licenciado/a les desea una buena semana, les recuerda que el próximo encuentro será el último y les dice que los espera nuevamente.

### *Encuentro n° 8*

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos dinámicas.

**Temas:** Dolor físico y emocional - Relajación y bienestar

**Objetivos generales del encuentro:**

- Percibir, expresar y reflexionar acerca del dolor y las posibles formas de curarlo o aliviarlo.
- Disminuir la angustia ocasionada por ese dolor.
- Obtener niveles más profundos de relajación.
- Generar, por medio de la sugestión, sensaciones de tranquilidad y paz.

**Actividad 1:** La máquina de la sanación

**Materiales:**

- Cuatro papeles afiche de 70 x 100 cm. de dos colores diferentes.
- Dos marcadores de distintos colores.
- Una caja de cartón de 60 x 40 cm.
- Nueve portarretratos de fibrofacil de 20 x 30 cm.
- Cinco planchas de acetato transparentes de 50 x 70 cm.

**Tipo de estrategia:** Puesta en común.

**Tiempo estimado:** 70 minutos.

**Instrucciones para el Coordinador:**

1. Se saluda a los participantes y se los invita a tomar asiento en ronda.

2. Una vez que todos ellos se hayan ubicado el/la coordinador/a les dirá: “La temática con la cual trabajaremos en este último encuentro es el dolor”.
3. Posteriormente el/la psicólogo/a les aclara que hay dos tipos de dolor el físico y el emocional o interno.
4. Añade: “Es fundamental afrontar y traspasar ese dolor para evitar que se vuelva crónico y patológico. Pero esto no es tan fácil como parece, no sucede de un día para el otro, si no que necesitamos tiempo para que sane esa herida”.
5. El/la licenciado/a expresa: “Ahora vamos a completar estas dos tablas (anexo en las pág. 112-113), de las cuales una está destinada al dolor emocional y la otra al dolor físico. Los invito a responder de forma individual y oral a los cuatro interrogantes que presentan cada una de ellas, comenzando por la pregunta ¿Qué área o parte del cuerpo me duele?”. A medida que los integrantes del grupo vayan contestando el/la profesional tomará nota de ello en los gráficos.
6. El/la coordinador/a agrega: “Estos interrogantes implican recordar un dolor físico y emocional que hayan vivenciado durante el último tiempo, investigar y reflexionar acerca de su/s causa/s, las sensaciones que generan, como actuaron o actúan ante ellos, y recién desde este punto de partida, poder pensar en la forma de curarlos o aliviarlos”.
7. Una vez completados ambos cuadros, el/la psicólogo/a les solicita a los participantes que doblen ambos afiches, de tal forma que pueda caber en una caja. Esta última representa y lleva el nombre de “la máquina de sanación”.
8. Inmediatamente el/la profesional dirá: “Entre todos colocaremos aquellos dolores que mencionamos, con el objetivo de que, con el paso del tiempo, a partir de las posibles curas que anotamos logren ser reparados o aliviados”.

9. “A veces estos dolores saldrán de la máquina y volveremos a sentirlos, principalmente en nuestro cuerpo. Pero cada vez que los pongamos nuevamente en ella estamos haciendo todo el esfuerzo posible para mitigarlos y curarlos”.

### **Actividad 2:** Calmando las aguas

#### **Materiales:**

- Un dispositivo para colocar música (parlante inalámbrico bluetooth).
- 10 colchonetas Mat de Yoga de 180 x 60 cm.
- Un proyector.
- Una computadora.

**Tipo de estrategia:** Técnica de relajación e imaginación guiada.

**Tiempo estimado:** 20 minutos.

#### **Instrucciones para el Coordinador:**

1. Antes de comenzar la técnica de relajación el/la coordinador/a prepara el ambiente reduciendo la luminosidad del lugar y colocará música relajante (ver link en la pág. 113 del anexo).
2. Posteriormente el/la psicólogo/a dice: “Les voy a pedir que se pongan en una posición cómoda, ya sea sentados, acostados o parados”.
3. Una vez que todos los miembros del grupo tomen esa postura el/la profesional expresará: “Cierren los ojos y traten de imaginar lo más vívido y real posible lo que les voy a ir diciendo... sólo concéntrense en mi voz y en las imágenes que van a ir apareciendo en su mente”
4. “Primero vamos a tratar de relajar lo que más podamos nuestro cuerpo y poner en blanco la mente”

5. “Préstensele atención a su respiración...tomen conciencia de cómo es”, al pasar 15 segundos manifestará: “Dejen que su respiración fluya suave y lentamente... traten de detectar las diferentes sensaciones que tienen cuando toman aire por la nariz y lo sueltan por la boca...sientan como se mueve su cuerpo al respirar...y la tranquilidad y el bienestar que genera”.
6. “A medida que respiran lenta y profundamente la relajación es mayor...perciban como el ritmo de la respiración se hace cada vez más lento...Con cada respiración se van sintiendo cada vez más relajados”.
7. “Ahora van a realizar un recorrido mental por todo su cuerpo tratando de percibir aquellas zonas que están tensas e intentando relajarlas”.
8. “Noten el alivio de la relajación...a medida que la experimentan el dolor y la tensión son menores.
9. “Aflojen su cara, cuello...los hombros, la espalda, el abdomen...los brazos y las manos...suelten las piernas y los pies...y disfruten de este estado del cuerpo”.
10. “Se sienten pesados, cada vez están más relajados...respiren hondo y repitan mentalmente: me siento muy tranquilo y relajado... me siento muy tranquila y relajada”.
11. “Tomen conciencia de todo lo que se les cruza en la mente en este preciso momento... si son pensamientos, emociones o imágenes...Sientan las emociones... observen sus pensamientos sin luchar contra ellos, aceptándolos y dejándose llevar por éstos...Sientan como ha disminuido la ansiedad”.
12. “Ahora voy a contar hasta 10... con cada número se van a ir relajando más...1... 2... 3 se van relajando cada vez más, 4... 5... 6... 7 están muy tranquilos, 8 se sienten pesados, 9 sientan el calor que corre por su cuerpo, 10”.
13. “Respiren profunda y lentamente...Están completamente relajados”.

14. “Ahora imaginen que están en una playa, la arena es fina y blanca... el mar se presenta de color turquesa y de aguas cristalinas... el sol calienta suavemente el ambiente... el paisaje es hermoso... estás sólo en esta playa”.
15. “Observen con atención el paisaje... sienta el olor, la temperatura, los sonidos... Déjense llevar por las sensaciones... Perciban el roce de la arena en sus pies y la brisa del mar en su rostro”.
16. “Respiren profundamente... Se encuentran cómodos y tranquilos”.
17. “Sientan el calor en su piel... escuchen el sonido de las olas... vean como las olas rompen en la playa una y otra vez... como van y vienen... su espuma, todos los detalles... Mientras observan esta imagen llega a cada uno una sensación de tranquilidad, las tensiones se van”.
18. “Escuchen las gaviotas revoloteando cerca... respiren lenta y profundamente disfrutando del lugar”.
19. “Esta acostado/a en la playa... siente sensaciones agradables de paz y liberación interior, se encuentra libre de las tensiones de la vida cotidiana... aquí y ahora sólo hay tranquilidad”.
20. “Ahora se da cuenta que a pocos metros de la playa hay una zona de árboles verdes y decide ir hacia ellos... Al llegar ve un lugar muy agradable, comienza a buscar un espacio para recostarse sobre el pasto verde y fresco... lo encuentra y se acuesta”.
21. “Note las sensaciones que le genera al pasto húmedo sobre la espalda... escuche los sonidos que se producen a su alrededor... la corriente del río, el cantar de los pájaros, el sonido de las ramas y las hojas de los árboles que se mueven con el viento... esta relajado en la sombra de un árbol”.

22. “Observe el paisaje a su alrededor... ve una montaña, debajo de ella hay un río rodeado de una pradera verde... el paisaje es muy bonito... Obsérvelo con atención centrándose en todos los detalles”.
23. “Se siente cómodo y tranquilo... es un bonito día de primavera... el campo está lleno de flores, hay un sol radiante que le calienta los pies”.
24. “Déjense llevar más y más por la sensación de relajación... repita mentalmente: me encuentro cada vez mejor, más fuerte y relajado... A partir de ahora podrán sentirse relajados y fuertes cada vez que se lo propongan”.
25. “Traten de pensar en una escala del 1 al 5, donde 1 es muy tenso y 5 es muy relajado... considere en qué número de esta escala se ubicaría”.
26. “Ahora saldremos lentamente de este estado de relajación... se sentirán frescos, tranquilos y tendrán una sensación de bienestar general... conservarán estas sensaciones durante todo el resto del día”.
27. “Voy a comenzar a contar desde el número cuatro hasta el número uno, de atrás para adelante, y de a poco irán saliendo de esta relajación, pero conservando las sensaciones que nombre anteriormente”.
28. “4 muevan lentamente los pies... 3 muevan paulatinamente los dedos de las manos... 2 movilizan la cabeza y el cuello... se sienten bien... 1 estírense como si recién se despertaran y abran de a poco sus ojos”.
29. Una vez finalizada la relajación y la imaginación guiada se les pregunta a los integrantes del colectivo cómo se encuentran.
30. Luego el/la licenciado/a los interrogará acerca del número de la escala en el cual pensaron durante la relajación. Después remarcará la importancia de que las sensaciones que experimentaron perduren la mayor parte del día.

31. Antes de finalizar el encuentro el/la coordinador/a le entrega a cada uno de los participantes su obra de arte, realizada en el encuentro anterior, junto a una fotografía enmarcada.
32. Se proyectará un video con las fotografías tomadas a lo largo de los encuentros, cuyo tema de fondo será Brillante Sobre El Mic, de Fabiana Cantilo (ver link en la pàg.105).
33. Terminado el video el/la coordinador/a dirá unas palabras: “Les agradezco mucho su confianza, predisposición y participación en esta experiencia que espero y confié en que ha generado y siga generando bienestar en ustedes. Por otro lado, anhelo que esta hermosa red que hemos formado perdure en el tiempo y sepan que no están solos en esta situación dolorosa que es la enfermedad”.  
  
“No quiero dejar de resaltar su fortaleza, sabiduría y amor incondicional al familiar que hoy están cuidando, así como su capacidad de reconocer que ustedes también necesitan ayuda y compañía. Les deseo lo mejor para el futuro”.
34. El/la profesional invita a los partícipes a hacer una devolución de los encuentros.
35. Una vez dadas las devoluciones se da por concluido el proceso y se despide a cada uno de los participantes.



<b>Encuentro 4</b>								
Actividad 1: Se avecina la tormenta								
Actividad 2: Estoy tranquilo/a								
<b>Encuentro 5</b>								
Actividad 1: Mis necesidades básicas								
Actividad 2: Conociendo nuestra respiración								
<b>Encuentro 6</b>								
Actividad 1: Emociones musicales								
Actividad 2: Mini clase de Yoga								
<b>Encuentro 7</b>								
Actividad 1: Recuerdos que detienen el tiempo								
Actividad 2: La impermanencia								
<b>Encuentro 8</b>								
Segunda aplicación de								

la Escala de Redes Sociales de Contención a familiares- cuidadores								
Actividad 1: La máquina de la sanación								
Actividad 2: Calmando las aguas								

### 4.3 Recursos

La institución cuenta con materiales y recursos que forman parte de la infraestructura del nosocomio, a continuación, serán detallados aquellos que están disponibles para la realización de los encuentros del Grupo de Autoayuda y Ayuda Mutua:

- Salón de Hospital de día, equipado con:
  - Sillas para diez personas.
  - Un mesón.
  - Un kit proyector.
  - Una computadora.
  - Un dispositivo para grabar y tomar fotografías.

### 4.4 Presupuesto

Entre los materiales no provistos por la institución será necesario adquirir los siguientes:

<b>Cantidades</b>	<b>Materiales</b>	<b>Costo estimado</b>
1	8,50 metros de cinta bebe de color roja	\$ 155
10	Colchonetas de yoga	\$ 7000
1	Parlante inalámbrico bluethoot	\$ 450
2	Hojas A4 blancas	\$ 4
10	Bolígrafos negros	\$ 300
4	Correctores líquidos	\$ 200
9	Sobres de papel	\$ 135
2	Cartulinas de diferentes colores	\$ 90

9	Marcadores no tóxicos de diversos colores	\$ 405
36	Folletos dípticos a color de 15 x 20 cm.	\$ 940
1	Tijera	\$ 150
1	Cinta Adhesiva transparente de embalar, de 24 x 50 cm.	\$ 100
1	Adhesivo para papel	\$ 70
1	Bolsa de papel madera Kraft nº 2	\$ 20
9	Hojas blancas de dibujo nº 5	\$ 120
9	Temperas no tóxicas de distintos colores	\$ 1000
2	Cajas de 12 lápices de colores	\$ 460
9	Alcoholes en gel de 50 ml	\$ 986
9	Impresiones de fotografías	\$ 135
4	Papeles Afiche de 70 x 100 cm de dos colores diferentes	\$ 100
1	Caja de cartón de 60 x 40 cm.	\$35
9	Porta retratos de fibrofacil de 20 x 30 cm.	\$1440
5	Planchas de acetato transparentes de 50 x 70 cm.	\$400
TOTAL		\$ 14695

El Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba, establece en la Resolución de Junta de Gobierno N°137/14 que los honorarios mínimos éticos profesionales son:

- Psicoterapia individual: \$ 750
- Psicoterapia de pareja y de familia: \$ 1155
- Psicoterapia de grupo: \$285 por integrante del grupo

Teniendo en cuenta la modalidad de Grupo de Autoayuda y Ayuda Mutua será utilizado para el cálculo de los honorarios profesionales el valor fijado para la *Psicoterapia de grupo* de \$ 285 por integrante. Considerando que se trata de un proyecto que integra ocho encuentros y que los participantes del mismo son nueve personas, el honorario total del/ de la psicólogo/a será de \$20.520.

Se añade a los recursos humanos el honorario de la instructora o profesora de Yoga solicitada para la actividad dos del encuentro n° 6 de \$800 contemplando a todos los integrantes del grupo.

Por lo que el presupuesto total del proyecto de intervención equivaldría a: \$ 36.015

## 4.5 Evaluación

El siguiente instrumento de evaluación fue diseñado con la finalidad de valorar y detectar modificaciones en los aspectos que hacen a los cuatro objetivos específicos del Proyecto de Intervención. Se diseñó una escala individual ad hoc, en formato checklist, autoadministrable, denominada “Escala de Redes Sociales de Contención a familiares-cuidadores” (presente en las págs. 114-115 del anexo), la cual se tomará por primera vez en el encuentro n° 1 (pretests) y luego en el encuentro n° 8 (postest). La misma fue elaborada a partir del aporte de cuatro instrumentos de medición que poseen confiabilidad y validez:

1. La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988) cuyo objetivo central es medir el apoyo social que recibe la persona desde tres fuentes: la familia, los amigos, la pareja u otras personas significativas. Está compuesta por 12 reactivos, con respuesta tipo liker entre 1 y 7 puntos, donde los puntajes más altos señalan mayor apoyo social percibido. (Mosqueda Díaz, Mendoza Parra, Jofré Aravena y Barriga, 2015)

El concepto de Apoyo Social está compuesto por tres dimensiones: a) Apoyo instrumental: hace referencia al soporte material o de servicios; b) Apoyo cognitivo: se relaciona con el intercambio de experiencias, consejos e información para generar estrategias de afrontamiento frente a diversas demandas del entorno y c) Apoyo emocional: entendido como la posibilidad de compartir sentimientos y pensamientos y de ser reconocido y escuchado por otro/s. (Mosqueda Díaz, Mendoza Parra, Jofré Aravena y Barriga, 2015).

2. La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y Zarit (1982): es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. (Álvarez, González y Muñoz, 2008). Evalúa dimensiones tales como su calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente. (Breinbauer, Vásquez, Mayanz, Guerra y Millán, 2009).

La versión original en inglés consta de: un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. (Álvarez, González y Muñoz, 2008, p. 618).

3. La Escala de Balance Afectivo (EBA) de Warr, Barter y Brownbridge (1983): está compuesta por 18 ítems que evalúan el balance afectivo (respuestas emocionales de la persona cuando hace juicios valorativos sobre su vida) (Godoy Izquierdo, Martínez y Godoy, 2007) que ha experimentado en la última semana. Los ítems (medidos en una escala de tipo Likert) poseen tres alternativas de respuesta (poco o nunca- a veces- mucho o generalmente) y miden tanto la experimentación de afecto positivo como negativo a lo largo de un período de tiempo determinado. (Amor, Holgado Tello, Lasa Aristu, Domínguez Sánchez y Delgado, 2015).

4. El Test de Asertividad de Rathus (1982): es un instrumento autoadministrable, compuesto por 30 afirmaciones a las cuales el evaluado debe puntuar a partir de una escala de +3 al -3 puntos (León Madrigal y Vargas Halabí, 2008). Su finalidad central es evaluar la conducta asertiva del sujeto la cual, a pesar de que no posee una definición universalmente aceptada, integra ciertos aspectos que la caracterizan, entre los cuales se pueden mencionar: el reconocimiento de las deficiencias propias, dar y recibir cumplidos, iniciar y mantener interacciones con otras personas, expresar sentimientos positivos y negativos, externar expresiones no populares o diferentes, solicitar cambios de conductas a las otras personas y rechazar pedidos irracionales. (León Madrigal, 2009).

Matriz de evaluación de impacto:

<b>Categoría de Análisis</b>	<b>Indicador</b>	<b>Respuestas</b>
Apoyo Social Percibido	Apoyo Instrumental, Apoyo cognitivo y Apoyo emocional	
Conducta asertiva	Nivel de asertividad de la conducta	
Balance Afectivo	Afecto positivo y/o negativo	
Grado de Sobrecarga del cuidador	Nivel de sobrecarga del cuidador	

Hoja de corrección:

Los primeros cuatro ítems miden el balance afectivo, los ítems 5, 6, 7 y 8 permiten evaluar el grado de asertividad de la conducta, los puntos 9, 10, 11 y 12 nos dan indicio

del nivel de sobrecarga del cuidador y los cuatro últimos ítems permiten estimar el apoyo social percibido.

Primero se deberán transformar las respuestas en puntajes (Ver tabla en la pág. 116 del anexo), posteriormente se sumarán las puntuaciones obtenidas de los ítems 2 y 4 y luego las puntuaciones de los ítems 1 y 3. Si el resultado de la suma de los números pares es mayor que de los números impares indica presencia de afectos positivos durante las últimas semanas. Mientras que si el total de la suma de los ítems 1 y 3 es mayor que el de los ítems 2 y 4 señala la presencia de afectos negativos. En el caso de que ambas sumas den el mismo resultado denota un equilibrio entre afectos positivos y negativos.

Para evaluar el grado de asertividad de la conducta en primer lugar se sumarán las puntuaciones obtenidas de los ítems 5 y 8 y luego de los ítems 6 y 7. Si el total de la primera adición es mayor que el de la segunda indica un alto nivel de conductas asertivas, mientras que, por lo contrario, si la suma de los ítems 6 y 7 da un resultado mayor a la suma de los ítems 5 y 8 denota un bajo nivel de conductas asertivas. Si ante ambas sumas se obtiene el mismo total se interpreta como una moderada conducta asertiva.

Para valorar el nivel de sobrecarga del cuidador se suman los puntajes obtenidos de los cuatro puntos ya mencionados. Tabla de interpretación de resultados:

<b>Puntuación</b>	<b>Categoría</b>
De 4 a 6	No hay sobrecarga del cuidador
De 7 a 9	Sobrecarga leve del cuidador
De 10 a 12	Intensa sobrecarga del cuidador

Por último, en cuanto al apoyo social percibido, el ítem número 13 indica el grado de apoyo instrumental que percibe recibir el sujeto (1 = bajo apoyo instrumental, 2 =

moderado apoyo instrumental y 3 = elevado apoyo instrumental); la valoración obtenida en el ítem 16 señala el grado de apoyo cognitivo percibido (1 = bajo apoyo cognitivo, 2 = moderado apoyo cognitivo y 3 = elevado apoyo cognitivo); Finalmente, la suma de los ítems 14 y 15 denotan el nivel del apoyo emocional percibido. Tabla de interpretación de resultados:

<b>Puntuación</b>	<b>Categoría</b>
De 2 a 3	Bajo apoyo emocional
4	Moderado apoyo emocional
De 5 a 6	Elevado apoyo emocional

## **Resultados esperados**

Al concluir el presente Plan de Intervención se pretende motivar la formación y el fortalecimiento de redes sociales de contención para los familiares de pacientes internados por el padecimiento de enfermedades amenazantes para la vida.

Estableciendo lazos afectivos significativos entre los participantes, se aspira a la generación de un espacio de confianza y empatía donde no sólo puedan expresar sus inquietudes y emociones, si no también logren hacer algo con ello. Es decir que a partir de lo dialogado y trabajado puedan adquirir herramientas para cuidarse a sí mismos, disminuir su nivel de angustia y aliviar el dolor, comunicarse de forma asertiva con los demás y lograr establecer lazos sociales sanos y relativamente estables. También se pretende que reflexionen acerca de su situación actual, la impermanencia, sus propias necesidades, sentimientos, propósitos y conductas. De esta manera se aspira conseguir una auto-observación, auto-regulación y una auto-evaluación de su calidad de vida (abarcando tanto la salud física como la emocional).

Las últimas actividades que se proponen llevar a cabo antes de la finalización de cada encuentro implican la puesta en práctica de una técnica de relajación con el objetivo de que los participantes del Grupo de Autoayuda y Ayuda Mutua puedan detener por un momento sus rutinas, pensar y conectarse consigo mismo, para luego volver a su vida habitual más tranquilos y relajados no solo a nivel corporal (favoreciendo a un mejor descanso, disminuyendo los dolores musculares y promoviendo la autorregulación de su organismo) si no también, con un menor grado de ansiedad, preocupación y estrés.

Este dispositivo grupal, busca dejar una huella significativa en sus participantes tratando de que la situación de enfermedad que actualmente atraviesan no solamente sea vivenciada como una experiencia de duelo inevitable, si no que puedan visualizar y

vincularse de otra manera con este visitante inesperado que descoloca y desequilibra sus vidas. Es decir que, a pesar del dolor, la impotencia, el sufrimiento y cansancio que el mismo genera, también deje algo nuevo, tal vez una enseñanza, un buen recuerdo o amigos, pero principalmente una red en la cual sentirse contenido cuando así lo necesiten.

## Conclusiones

Como conclusión, a partir de la detección y delimitación de la necesidad de un espacio o taller integral destinado exclusivamente a los referentes sociales de los pacientes del nosocomio, se pretende que la puesta en marcha de este Plan de Intervención logre, mediante el establecimiento de vínculos afectivos entre los participantes del Grupo de Autoayuda y Ayuda Mutua, generar y promover una red social que otorgue contención, sostén y apoyo emocional a aquellos familiares que en la actualidad se encargan del cuidado de una persona significativa que padece una enfermedad amenazante para la vida.

Como limitaciones de esta propuesta encontramos:

- Ausencia de contacto con la población a la cual está destinada el Proyecto de Intervención.
- Debido a la situación en la que se encuentran los familiares a los cuales está dirigido el proyecto podrían presentarse ausencias, dificultades para asistir de forma frecuente al proceso y/ o concurrir a cada uno de los encuentros menos tiempo que el estimado.
- No se han encontrado variedad de investigaciones y antecedentes acerca de la temática en Argentina.
- Excluye de la participación del dispositivo a los pacientes en cuidados paliativos.
- Como requisito previo, los participantes de la actividad, sólo podrán concurrir al grupo, durante el tiempo en el que su familiar se encuentre bajo tratamiento médico en la institución.

Mientras que algunas de las fortalezas que podemos mencionar son:

- Delimitación de una necesidad real del nosocomio.

- El Grupo de Autoayuda y Ayuda mutua es heterogéneo, ya que los integrantes que asisten a él poseen diferentes historias, edades, culturas y sexos.
- Posibilidad de entrevistar a profesionales del Nuevo Hospital San Antonio de Padua que se vinculan directamente con pacientes en cuidados paliativos y con sus familiares-cuidadores.
- Se trabaja desde un enfoque holístico, integral, interdisciplinario, basado en el nuevo paradigma de la Salud Mental.
- Los antecedentes hallados acerca de la temática son fidedignos.
- No sólo brinda asistencia a los familiares-cuidadores de pacientes en cuidados paliativos, sino que también previene el agravamiento de síntomas tanto físicos como emocionales y por lo tanto el deterioro de su calidad de vida.
- Luego de la aplicación sucesiva de este dispositivo, el mismo no tendrá que contar necesariamente con un profesional que dirija el grupo si no que aquellas personas que hayan formado parte de él en el pasado y atravesado esa situación de forma sana podrán tomar el rol de coordinador.
- El dispositivo grupal seleccionado reduce el liderazgo a su mínima expresión ya que se basa en una estructura fraternal.
- Se dispone de un instrumento de evaluación de resultados autoadministrable y de corta duración.

Por otro lado, en el futuro sería oportuno que la escala utilizada para evaluar los resultados del proyecto pueda ser validada. Sería de gran ayuda incluir actividades brindadas por personal calificado en cuanto a las temáticas que les inquieten a los miembros del grupo, por ejemplo, profundizar información acerca de los síntomas, tratamientos y precauciones que se deben tomar ante las patologías que padecen los pacientes-familiares.

Para realizar un abordaje integral desde los cuidados paliativos, se podría proponer un dispositivo de consultoría destinado a los profesionales que se encargan de asistir a los pacientes, y otro que brinde un sostén emocional a aquellos pacientes que no cuentan con familiares u otros significativos que se encarguen de su cuidado y contención, a estos casos se los denomina “Casos Sociales”.

Otros constructos que se podrían trabajar para potenciar el proyecto son: La espiritualidad en los cuidados paliativos; las representaciones o significantes que los familiares de los pacientes le atribuyen a la enfermedad y/o a la muerte; el fenómeno de la conspiración del silencio; el síndrome de sobrecarga del cuidador; las habilidades sociales de los cuidadores; las consideraciones éticas, que deben conocer los familiares de los pacientes con enfermedades terminales sobre la atención al final de la vida, entre otros.

## Referencias bibliográficas

**Álvarez, L., González, A. M y Muñoz, P.** (diciembre de 2008). El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gaceta Sanitaria*. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v22n6/carta1.pdf>

**Amor, P. J., Holgado Tello, F. P., Lasa Aristu, A., Domínguez Sánchez, F. J. y Delgado, B.** (Julio de 2015). Estructura factorial de la Escala de Balance Afectivo en población normativa. *Clínica y Salud*. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-salud-364-articulo-estructura-factorial-escala-balance-afectivo-S1130527415000122>

**Asamblea General de las Naciones Unidas.** *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, Art. 16. 10 de diciembre de 1948, Resolución 217 A (III): Paris. Recuperado de [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)

**Barbero Gutiérrez, J.** (2010). Psicólogos en Cuidados Paliativos: El Largo Camino de la Extrañeza a la Integración. *Práctica Clínica*. Recuperado de <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2010v1n1a5.pdf>

**Bowlby, J.** (1998). *El apego*. Tomo 1 de la trilogía. “El apego y la pérdida”. Barcelona: Paidós.

**Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C y Millán, T.** (mayo de 2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile*. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v137n5/art09.pdf>

**Canvas.** (2019), Universidad Siglo 21. Extraído de: <https://siglo21.instructure.com/courses/5529/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

**Corte Interamericana de Derechos Humanos.** *Caso Atala Riffo y niñas vs. Chile*. Art. 142. 24 de febrero de 2012. Chile. Recuperado de [http://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_239\\_esp.pdf](http://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_239_esp.pdf)

**De la Torre, L y Baquerin de Riccitelli, M. T.** (27 de septiembre de 2017). Jóvenes NiNi argentinos: redes de contención y capacidad de afrontamiento. *Revista Mexicana de Sociología*, (pp. 265-288). Recuperado de <http://mexicanadesociologia.unam.mx/docs/vol80/num2/v80n2a1.pdf>

**Del Rio Salazar, M. I y Guerra Nieto, H. A.** (2016). Abordaje psicoanalítico de la relación madre-hijo durante el embarazo y la forma en que esta afecta el desarrollo psicoafectivo del niño. (Trabajo Final de Grado). Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, Bogotá. Recuperado de [https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12749/DelRio\\_Guerra\\_TG2\\_162%20FINAL.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12749/DelRio_Guerra_TG2_162%20FINAL.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

**Diccionario Medico Conciso y de Bolsillo.** Segunda edición. (2013) (pp. 583). México: UN Panda.

**Ferrari, H. A.** (2008), Cap. I. Salud Mental en Medicina. En Autor, *Salud Mental en Medicina. Contribución del Psicoanálisis al campo de la salud* (pp. 21-22). Rosario: Corpus.

**Gaino, L. V., Yamawaka, L., Lemos, J., Nievas, A. F., Saint-Arnault, D y De Souza,**

**J.** (19 de julio de 2019). El papel del apoyo social en la enfermedad mental de las mujeres. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692019000100343&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692019000100343&script=sci_arttext&tlng=pt)

**Getino Canseco, M. R.** (2009). La espera. El proceso de morir en el mundo de los cuidados paliativos. (Tesis doctoral). Universidad Rovira i Virgili, Tarragona.

Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8428/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**Godoy Izquierdo, D., Martínez, A y Godoy, J. F.** (8 de mayo de 2007). La «Escala de Balance Afectivo». Propiedades psicométricas de un instrumento para la medida del afecto positivo y negativo en población española. *Clínica y Salud*. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n2/v19n2a02.pdf>

**Gonzales Torres, M.** (2015). Trabajo de sistematización de primer año de la residencia interdisciplinaria de Salud Mental. Manuscrito no publicado.

**Inda, N., Ravena de Salvatici, M., Zadunaisky, A.** (1991) *Los Grupos Homogéneos como Contrato Narcisístico*. Trabajo Publicado.

**Jaleh, M y Luzzi, A. M.** (2012). Profundización de conceptos: contención emocional y mentalización. *Revista Borromeo* (pp. 356). Recuperado de <http://borromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/Contenci%C3%B3nemocmentalizaci%C3%B3nJalehLuzzi.pdf>

**Lassalle, M. P.** (2012). Holding, handling y mostración de objetos en la práctica: recortes de primeras experiencias teórico-prácticas. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Conferencia llevada a cabo en el Congreso de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

**León Madrigal, M.** (2014). Revisión de la Escala de Asertividad de Rathus adaptada por León y Vargas (2009). *Revista Reflexiones*, pp. 158. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/13751/13081>

**León Madrigal, M y Vargas Halabí, T.** (8 de agosto de 2008). Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus (R.A.S.) en una muestra de adultos costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología*. Recuperado de <http://oaji.net/articles/2016/3238-1464390798.pdf>

**Leonidas, C., Crepaldi, M. A y Dos Santos, M. A.** (20 de junio de 2013). Bulimia nerviosa: un vínculo entre los aspectos emocionales y sociales del apoyo social. *Psicología: Teoría y práctica*. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872013000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000200005)

**Ley N° 23.849.** Convención sobre los Derecho del Niño, Preámbulo. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina. Octubre 16 de 1990

**Ley N° 26.657.** InfoLEG, Buenos Aires, Argentina. Diciembre 2 de 2010

**Lombardo, E y Soliverez C.** (1 de junio de 2019). Valoración del apoyo social durante el curso vital. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad* (pp. 51). Recuperado de [https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/859/pdf\\_47](https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/859/pdf_47)

**Lopes Nunes S. F., Álvarez A. M., Baeta Neves Alonso da Costa M. F y Valcarenghi R. V.** (29 de abril de 2019). Factores determinantes en la transición situacional de los miembros de la familia que cuidan a las personas mayores con enfermedad de Parkinson. *Texto & Contexto - Enfermagem*. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100319&lang=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100319&lang=es)

**Luzzi, A. M. y Jaleh, M. A.** (2009). Estudio de la capacidad de contención emocional de padres o adultos responsables incluidos en grupos de orientación. En Slapak, S y Cervone, N. C (Presidencia), I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Conferencia llevada a cabo en el Congreso de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

**Mosqueda Díaz, A., Mendoza Parra, S., Jofré Aravena, V. y Barriga, O. A.** (Julio de 2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enfermería Global*. Recuperado de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/200551/178191>

**Nallar, M.** (2012). Estadios finales de la enfermedad respiratoria. VI Congreso Argentino de Neumología Pediátrica. Jornada de Enfermería en Enfermedades Respiratorias Pediátricas y Jornada de Kinesiología Respiratoria. Conferencia llevada a cabo en Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center, Buenos Aires.

**Oliva Gómez, E. y Villa Guardiola, V. R.** (enero- junio de 2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris* (pp. 14). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>

**Palma, H.** (2008), Cap. V. La ciencia como proceso. Los estudios sobre la ciencia. En Autor, *Filosofías de las ciencias. Temas y problemas* (pp. 88-92). Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín.

**Pereira Rodríguez, R. y Jiménez Anaya, P.** (2014). Modelo de contención emocional para el personal que atiende a mujeres víctimas de violencia. En Álvarez González, A. M. y Pérez Duarte y Noroña, A. E (Eds.), *Aplicación práctica de los Modelos de Prevención, Atención y Sanción de la Violencia de Género contra las mujeres. Protocolos de actuación-Cuarta edición* (pp. 271). México, D. F: Instituto de Investigaciones Jurídicas.

**Real Academia Española.** (2018). Diccionario de la lengua española (Edición del Tricentenario). Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=9kxtVF3>

**Real Academia Española.** (2018). Diccionario de la lengua española (Edición del Tricentenario). Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=UV6hPaS>

**Reinante Mariscal, G., Vivanco Moreau, L., Antequera Torres, M. A., Martínez Herrada, B., García Torres, B., Castaño Llorente, S., Manzanares Sánchez, S., Muñoz, J. M., Noguera Perea, F. y Antúnez Almagro. C.** (abril de 2011). Grupo de ayuda mutua para familiares de pacientes con demencia. “Cuidado al

cuidador”. *Información Psicológica* (pp. 58- 63). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6745144>

**S. a** (1 de abril de 2016). El hilo rojo: una inquieta leyenda japonesa. *Diario Norte*. Recuperado de <http://www.diarionorte.com/article/135722/el-hilo-rojo-una-inquieta-leyenda-japonesa>

**S. a** (7 de septiembre de 2017). Teoría de las Necesidades Humanas de Abraham Maslow. Fundación Universia: Universia.net. México. Recuperado de <https://noticias.universia.net.mx/educacion/noticia/2017/09/07/1155577/teoria-necesidades-humanas-abraham-maslow.html>

**Universidad de Almería y Ministerio de Educación y Ciencia.** (2008). Programa autoaplicado para el control de la ansiedad ante los exámenes. Recuperado de <https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlexamenes/>

**Universidad de Concepción.** (2016). Test de Asertividad, Rathus. Recuperado de <http://alertate.com/educacion/conformacion/doc/Test%20de%20Asertividad.pdf>

**Wellisch D., Hoffman, A., Goldman, S., Hammerstein, J, Klein K. & Bell, M. (1999)**

Depression and anxiety symptoms in women at high risk for breast cancer: pilot study of a group intervention. *Am J Psychiatry* (pp. 1644-1645). Recuperado de <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.156.10.1644>

**Zadunaisky, A. (2007).** Capítulo 3 – Grupos de Autoayuda y Ayuda Mutua (GAAM).

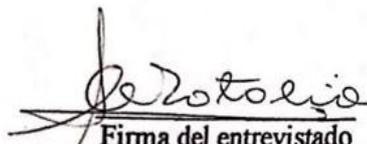
En Raggio, s. y Soukoyan, G. (Ed.), *Grupos de Autoayuda y Ayuda Mutua. Camino compartido hacia el bienestar.* (pp. 27-29). Buenos Aires: Lugar Editorial.

## Anexo

### 5.1 Consentimiento Informado de Natalia Torres

Río Cuarto-Córdoba, septiembre 2019

Yo... Torres Natalia Belcú..... Profesional del Nuevo Hospital San Antonio de Padua de la ciudad de Río Cuarto he sido informada sobre las consideraciones éticas y de confidencialidad para la recopilación de datos a través de la técnica de entrevista en pos de la elaboración del trabajo. Acepto voluntariamente la participación en este Trabajo Final de Grado conducido DANIELA BELÉN MARTINEZ ORELLANA, DNI 39611484 estudiante de psicología en la Universidad Siglo 21. Recibi información clara y concreta sobre la grabación de la entrevista y la manera en que serán utilizados los datos, tomando los recaudos necesarios para conservar el anonimato de los participantes. La información recabada estará disponible en el Trabajo Final de Grado en la biblioteca de la Universidad Siglo 21.

  
Firma del entrevistado  
Scanned with CamScanner

  
Firma de la alumna

### 5.2 Entrevista realizada a la Natalia Torres (Psicóloga residente del Nuevo Hospital San Antonio de Padua)

**Entrevistadora: ¿Cuál es tu labor actual en la institución Nuevo Hospital San Antonio de Padua?**

Entrevistada: Como este es mi segundo año de la residencia el trayecto que me toca es Hospital de Día, que es el dispositivo grupal alternativo específico de la cede de Río Cuarto. A diferencia año del primer año que se centraba en Internación.

**Entrevistadora: Con respecto a los dispositivos alternativos ¿Alguna vez se puso en marcha un dispositivo destinado a familiares de pacientes del hospital?**

Entrevistada: Acá en Hospital de Día sí. Pero hay dispositivos diferentes, está el Internado, todo lo que implica Interconsultas y Hospital de Día, que se encarga de alojar usuarios que han pasado por una internación previa, están en tratamiento o vienen derivados de algún psiquiatra.

En Hospital de Día tenemos una modalidad de abordaje familiar para estos pacientes. Quienes deben cumplir ciertos criterios para ser aceptados en el dispositivo, o sea son usuarios que tiene un diagnóstico específico. Lo que se presenta frecuente son diagnósticos de psicosis o neurosis graves autoválidas, dentro de todo, pero que todavía no están cien por ciento preparados como para integrarse a la comunidad. Quedan por fuera los pacientes con retraso mental o alguna patología orgánica.

Entonces, estos pacientes ingresan y mediante los talleres y lo que se va ofreciendo dentro de los dispositivos grupales y familiares se intenta construir otras herramientas y lazos. Pero me parece que hay que diferenciar los distintos niveles de atención.

En Internación al igual que en interconsulta no hay un espacio para abordar a la familia.

**Entrevistadora: Actualmente ¿Cuál es la función de la sección de Interconsulta? y ¿Cómo se trabaja?**

Entrevistada: La función nuestra, en realidad la de los equipos de interconsulta (que son interdisciplinarios), es la de responder a una demanda que en general suele ser médica (también puede ser una demanda del usuario, del familiar, del enfermero, entre otros). Solicitan interconsulta cuando algo del acto médico falla con ese paciente, hay algo del vínculo médico paciente que no funciona. Este pedido puede ser para una escucha al médico (que es lo que le pasa a él con ese paciente o con el tratamiento) o se puede dirigir al paciente (como por ejemplo en situaciones donde no soporta la internación, está muy angustiado), cuando se detecta algo de lo subjetivo de éste que afecta al tratamiento o a las intervenciones médicas.

Con respecto a nuestra función, primero no vamos a responder a cualquier demanda, si vamos a ir a escuchar a quien pidió la interconsulta, pero luego de hacer un análisis de si amerita o no nuestra intervención. Por ahí ni si quiera llegamos al paciente y nos damos cuenta que en realidad tiene que ver con algo del médico, y vemos que podemos hacer con eso; pero a veces sí tiene que ver con un trabajo del paciente, entonces solemos hacer visitas y entrevistas, y una vez que termina el período de internación de ese sujeto se lo deriva o no a un espacio psicológico, todo depende de cada caso.

La función central es a partir de una demanda que surge cuando hay algo en la relación del médico y el paciente que no anda. Ahí nosotros tenemos que ver si realmente es así, qué sucede, quién es el que demanda la intervención, quién la necesita y qué podemos hacer; porque a veces se da mucho que el médico nos dice que para él el paciente está depresivo y por ahí el paciente no tiene demanda, entonces uno no puede hacer mucho.

Nos solemos dividir de acuerdo a los recursos que hay. Tratamos que sea variado, que vaya un psicólogo con un enfermero o un médico y un trabajador social, lo vamos viendo. Pero no necesariamente tiene que ser un psicólogo, pueden también ser profesionales de otras áreas, porque en realidad interconsulta quiere decir un inter-juego entre distintos saberes; por ejemplo, yo puedo hacer una interconsulta con el área de Infectología pidiendo una opinión de otro saber médico.

**Entrevistadora: Claro, como yo elegí ocuparme en mi Trabajo Final de Grado con una muestra compuesta por familiares de pacientes con enfermedades graves o terminales, me gustaría saber si ¿Alguna vez has trabajado con pacientes que se encuentren en cuidados paliativos?**

Entrevistada: Sí, en general uno trabaja con ese tipo de paciente, salvo en el área de Internación Clínica, allí uno atiende a pacientes que se van rápidamente.

Generalmente me llaman de UTI, por pacientes que tiene enfermedades terminales y transcurren una depresión o para brindarle ayuda a los familiares que pueden demandar asistencia para sí mismos o para el paciente.

Actualmente asistimos a un paciente que tiene una situación bastante complicada y se encuentra en las últimas etapas de su enfermedad. Le han hecho traqueotomía, no puede hablar, pero de todas maneras nosotros intentamos darle un lugar. En este caso la demanda específica es de la familia, la cual no acepta que el sujeto va a morir en algún momento, mientras que él ya lo asumió, sabe que los médicos intentan ayudarlo y mejorar su calidad de vida pero que esto tiene un final.

Se trabaja mucho con estos pacientes, no hay suficientes recursos como uno quisiera y no se los aborda de la mejor forma. Muchas veces se realiza una entrevista cada dos semanas y sólo con a un familiar, mientras que lo óptimo sería trabajar con todo el núcleo familiar porque la enfermedad afecta y traumatiza a todo el círculo.

**Entrevistadora: Se trabaja a partir de entrevistas sólo en un momento...**

Entrevistada: En los pasillos, donde se pueda, porque tampoco tenemos un espacio físico destinado a esto. En las interconsultas solemos ser nosotros los que vamos a otro lugar, más precisamente a la habitación del paciente, lo que implica ingresar a espacios desconocidos.

**Entrevistadora: A lo mejor falta privacidad**

Entrevistada: Con la familia las entrevistas son en los pasillos, donde hay de todo: están los familiares de otras personas, los médicos y los enfermeros. Y todo eso es bastante complejo.

**Entrevistadora: Con respecto a estos familiares o cuidadores ¿Suele ser un grupo de personas amplio o pequeño?**

Entrevistada: Depende de la relación que tenga la persona con la familia. Yo creo que a nadie le gusta ver que un familiar se está muriendo, entonces, en general, son las personas más allegadas (como por ejemplo sus hijos, padres, esposa/o, hermanos, etc.) quienes visitan o están constantemente con el paciente. Nunca nos ha tocado una demanda familiar grande o un grupo más amplio, así como amigos u otro tipo de familiares.

**Entrevistadora: Ante la situación que vivencian estos familiares-cuidadores yo pensé, a partir de mi proyecto de intervención, reforzar el apoyo y la contención**

**social, desde un espacio grupal de escucha. Desde tu perspectiva ¿Consideras que en ese momento crítico está debilitado el apoyo y la contención social?**

Entrevistada: De nuevo me parece que eso hay que verlo caso por caso. Me parece que siempre es necesario otro que este por fuera o que sea más objetivo con respecto a lo que está pasando, porque cuando se trata de familias que están viviendo una situación del orden de lo catastrófico, lo traumático o del duelo toda la familia lo vivencia. Entonces, una persona no se siente con la misma capacidad de poder comentarle sobre esta situación a otro familiar que a una persona que está por fuera.

Yo creo que hace falta este apoyo y contención, no sé si hoy en día estará tan visibilizada esta función. Me parece que si se arma y se propone un dispositivo que uno pueda disponer puede tener resultados muy interesantes, creo que esas personas aceptarían estos espacios.

**Entrevistadora: Por lo que me decís es útil un espacio de escucha para este grupo de personas, más que nada en ese momento crítico, después se puede ver la forma de que continúen en un espacio externo.**

Entrevistada: Sí, además en esto de los cuidados paliativos muchos de los familiares se internan junto con los pacientes, entonces pasan muchas horas acá, comen en el hospital, hay familiares que alquilan una pensión, departamento, casa en los alrededores; Viven en la institución y no tienen un lugar de apoyo. Por lo que, yo creo que si estuviera esta oferta ellos la aceptarían y funcionaría.

Al internarse con los pacientes la elaboración del duelo muchas veces se extiende, porque el familiar no se da un tiempo para ocuparse del propio sufrimiento, si no que está ocupado en ese familiar que tiene mal. Entonces, por ahí no hay mucho lugar a la familia.

**Entrevistadora: ¿Considerás que es una situación en donde tanto el familiar se ve afectado por lo que pasa a la familia y viceversa?**

Entrevistada: Sí, totalmente.

**Entrevistadora: ¿Sucede que hay situaciones donde la mejoría del paciente se dificulta o facilita de acuerdo a cómo la familia actúa o colabora?**

Entrevistada: Sí, se ve frecuentemente, en especial cuando las familias son muy demandantes, tienen la expectativa de cura o consideran que el paciente debería funcionar de una determinada manera. Muchas veces no entienden porque una persona que lleva tanto tiempo en el hospital o pocos días (esto depende de cómo lo vive cada uno) se deprime, no quiere aceptar tal intervención o hacer un tratamiento, esta tan mal, no duerme, esta irritable, etc. Hay mucho de lo que no se entiende que afecta al paciente. Muchas veces tenés que funcionar como intermediario regulando las visitas, porque el paciente te dice, por ejemplo: “No me sirve que mi mamá esté todo el día en el hospital diciéndome lo que tengo que hacer, cuando yo no quiero comer, quiero llorar, y me insisten que no tengo que llorar, que tengo que estar bien, como si eso fuera tan fácil”.

Entonces considero que la familia influye un montón en la mejoría o en el empeoramiento de los cuadros.

**Entrevistada: Por último, en momentos de duelo o crisis, como dijiste anteriormente, ¿A qué herramientas se podría recurrir desde el hospital?**

Entrevistada: A la Guardia, que hoy en día recibe todas las demandas que pueden ser tanto de urgencias subjetivas o de pacientes en crisis. Es un espacio abierto, un lugar de escucha y apoyo para quien lo necesite. A vecen en Interconsulta solemos decirles a los familiares que si ellos lo necesitan o hay alguna situación que no puedan manejar y precisan hablar pueden asistir a la guardia donde siempre hay alguien, pero es el único lugar o espacio disponible. Este no es menor porque hay un equipo atendiendo las 24 horas del día y los 365 días del año. A pesar de ésto, no hay que olvidarse que el equipo de guardia está destinado a urgencias, entonces lamentablemente habrá que ver el manejo...

**Entrevistadora: Claro, a lo mejor no van a tener la misma gravedad que otros casos**

Entrevistada: Claro, allí el familiar no va a poder hacer un tratamiento, pero es un lugar para que ellos se sientan alojados y puedan contar un poco de lo que les está pasando.

A veces hacemos un seguimiento por guardia, le decimos “puede venir el próximo martes que yo voy a estar de guardia”, pero el problema es que en las guardias hay personas diferentes todos los días.

### 5.3 Consentimiento Informado de Cecilia Taravella

Rio Cuarto-Córdoba, septiembre 2019

Yo... Cecilia Taravella ..... Profesional del Nuevo Hospital San Antonio de Padua de la ciudad de Rio Cuarto he sido informada sobre las consideraciones éticas y de confidencialidad para la recopilación de datos a través de la técnica de entrevista en pos de la elaboración del trabajo. Acepto voluntariamente la participación en este Trabajo Final de Grado conducido DANIELA BELÉN MARTINEZ ORELLANA, DNI 39611484 estudiante de psicología en la Universidad Siglo 21. Recibí información clara y concreta sobre la grabación de la entrevista y la manera en que serán utilizados los datos, tomando los recaudos necesarios para conservar el anonimato de los participantes. La información recabada estará disponible en el Trabajo Final de Grado en la biblioteca de la Universidad Siglo 21.

  
Firma del entrevistado

  
Firma de la alumna

#### **5.4 Entrevista realizada a Cecilia Taravella (Psicóloga de planta del Nuevo Hospital San Antonio de Padua)**

**Entrevistadora: Me querés contar ¿Cuál es tu labor en el Nuevo Hospital San Antonio de Padua?**

Entrevistada: Yo estoy entre otras cosas, yendo a lo que hace a tu trabajo, en la parte de Oncología. Atiendo a los pacientes que están internados en los distintos servicios del hospital, puntualmente Clínica Médica, el Área de Cirugía y de Ginecología.

Generalmente los médicos me informan quienes están internados y lo que les está pasando.

Mi labor no es de Interconsulta ya que no me llaman por una situación puntual, si no que realizo un seguimiento de los pacientes que están más descompensados.

**Entrevistadora: ¿Cómo trabajas con estos pacientes, utilizas entrevistas? o ¿A qué tipo de herramientas recurrís?**

Entrevistada: En realidad como el paciente, en general, cuando viene a su internación está bastante deteriorado y a la vez muy cargado de emociones. Lo primero que le pregunto es si consiente de estar ahí, o sea, hay personas que tienen mucha necesidad de hablar y de ser contenidos y otras que prefieren no hacerlo, o la misma persona tiene momentos en los que están muy dispuesta y otros en los que no.

Después de saludar, siempre les pregunto si tienen ganas de tener una entrevista. Y si la tienen, los ánimo a que me digan ¿Qué les está pasando?, ¿Cuál es el motivo por el cual están internados? y ¿Cómo les afecta esa internación? A partir de allí se sigue por la individualidad de cada uno, o sea no hay algo prefijado.

**Entrevistadora: ¿Alguna vez has tenido que trabajar con la familia de estos pacientes?**

Entrevistada: Se trabaja mucho con ellos, porque la enfermedad la padece un único sujeto pero afecta a toda la familia.

Aquí los pacientes suelen ser personas adultas sostén de hogar, por lo que frecuentemente se da vuelta toda la economía y el funcionamiento familiar.

No siempre sucede que el profesional trabaja en conjunto con el paciente y su familia, esto depende de la demanda del familiar, o sea el o ellos lo piden y uno les da el lugar.

**Entrevistadora: ¿Qué solés ver en estas familias que están iniciando la experiencia de ser cuidadores de algún familiar cercano enfermo?**

Entrevistada: En general lo que más preocupa es el tema de la comunicación. Hay personas que tienen conocimiento de su diagnóstico y otras que no. A la última situación que mencioné se la denomina Conspiración del Silencio.

La Conspiración del Silencio es cuando el equipo o el médico se comunica con la familia y la actualiza sobre el estado de salud del paciente, mientras que este último va quedando cada vez más al margen. En ella todos hacen el cómo sí. El paciente hace como si él no supiera nada y sabe, y la familia hace como si el paciente no tuviera nada y sabe que no es así.

Otro tema preocupante es ¿Cómo comunicarles la enfermedad a las personas cercanas que no tienen el nivel de comprensión que el resto de la familia (por ejemplo niños y/o personas ancianas)? En estos casos aparecen preguntas como ¿Qué hago? ¿Cómo le digo? ¿Cómo se maneja la información con esas personas?

El tercer tema inquietante es el cuidado del cuidador, este sería el siguiente en orden de frecuencia. El cual concierne a como la persona que está cuidando al paciente puede cuidarse y sostenerse en algo que es doloroso y trabajoso. En esta situación una vez que el profesional recopiló información acerca del funcionamiento de la familia, comienza a dar algunas recomendaciones o tips puntuales, por ejemplo, acerca de la buena alimentación, el descanso y la aireación física y mental.

Estos tres temas serían los principales ejes.

**Entrevistadora: ¿Qué consecuencias genera en la familia la situación que está vivenciando el enfermo? Por ejemplo, otra profesional me comentó que esta experiencia aísla al familiar de su vida cotidiana, ya suele éste se encuentra gran parte del día en el hospital.**

Entrevistadora: Hay distintos tipos de familias y funcionamientos familiares. Hay pacientes que están muy solos y otros que están muy contenidos por la familia.

En algunos casos, los familiares se turnan y hay muchas personas acompañando y sosteniendo al paciente. En éstos es más fácil trabajar porque al ser varios arman una especie de red donde entre ellos se contienen y distribuyen las cargas de manera equitativa (a pesar de esto siempre hay alguno que toma la conducción).

Después están las familias que deben reestructurarse por completo ya que no son muchos, ahí vez cosas muy duras. Una vez conocí a un niño de 12 años que vivía solo, se hacía de comer e iba a la escuela solo, porque su papá estaba cuidando a su mamá que se encontraba en la etapa terminal de su enfermedad. Se presentan muchas situaciones en las que los niños dejan de ser niños muy rápido. En estos casos se trata de brindar un abordaje interdisciplinario y ver si hay alguna otra alternativa, pero desde la parte asistencial no hay mucha oferta para contenerlos.

**Entrevistadora: ¿Sucede a la inversa? o sea ¿El paciente se ve afectado por cómo su familia percibe y actúa ante su enfermedad?**

Entrevistada: En realidad las partes más complicadas son: Cuando está la conspiración del silencio (en esos casos se da un aislamiento muy grande por parte del paciente y éste se siente incomprendido) y cuando la familia lo asfixia.

El abandono familiar no es tan mal vivido como cuando la familia asfixia al enfermo. No digo que no lo afecte, pero una persona que siempre funcionó sola se acostumbra mejor a esa situación que un paciente independiente al cual no lo dejan ser, su familia no lo dejan ir al baño solo, le insisten que coma, que haga cosas, y todas las personas necesitamos nuestros momentos a solas.

En una vuelta me tocó una paciente que me decía “Decile a mi mamá que se valla por favor, necesito estar sola”. Pero uno también la desesperación de esa madre al ver que un hijo se está yendo.

En general con un buen trabajo se recuperan los equilibrios, o sea logran acomodarse a esta nueva situación, pero no recobran lo que eran antes.

**Entrevistadora: ¿El tiempo de internación de los pacientes es prolongado o varía?**

Entrevistada: El tiempo de internación varía según la enfermedad y la etapa de la afección que están transitando.

Al inicio del diagnóstico los pacientes pueden tener que ser internados o pasar por alguna cirugía. En ese caso se trabaja con el inicio de la enfermedad, con el hecho de que el sujeto tome conciencia de su situación y se ocupe de modificar ciertas dinámicas de su vida.

Al final de la vida, en la fase terminal de la enfermedad, como la institución no cuenta con un equipo de cuidados paliativos que asista a estas personas, ante necesidades que no pueden cubrirse desde el hogar, vienen a la institución.

Entre esos dos extremos, para lo que vendrían a ser tratamientos casi no hay internaciones, porque luego de una cirugía sólo quedan dos opciones de tratamiento, según la patología.

Por un lado, la radioterapia, la cual suele realizarse en instituciones de salud privadas, ya que el hospital no la realiza. Tarda aproximadamente cinco minutos y se realiza todos los días.

Y por otro, la quimioterapia que posee dos versiones: la oral, la cual se realiza en la casa del paciente y éstos sólo concurren al nosocomio por consultorio externo; y la quimioterapia por infusión, o sea por suero, que en la mayoría de los casos se realiza en el Hospital de Día de Oncología, en el cuarto piso.

Sólo enfermedades puntuales, generalmente tumores líquidos (Leucemias, Linfomas, etcétera) necesitan de internación. Éstas acostumbran ser largas e incómodas.

En tales circunstancias, a diferencia de un Cáncer de colon o de mama (los cuales no requieren internación, si no que los pacientes realizan ciclos de quimioterapia), la atención al enfermo es mayor.

En las Leucemias y Linfomas, en general, después de que la persona realiza la quimioterapia tienden aparecer complicaciones.

En la quimioterapia se ataca la producción de sangre. Apunta a que la medula (fábrica de las células sanguíneas) comience a hacer bien las células, es decir que no hallan células malas. En ella hay riesgo de aplazar, es decir a que la medula deje de funcionar y cuando esto sucede el cuerpo deja de tener suficientes defensas como para protegerse de cualquier tipo de enfermedad.

**Entrevistadora: ¿La mayoría de los pacientes son adultos?**

Entrevistada: En el hospital no se atienden niños, tengo entendido que a los niños con patologías oncológicas se los deriva a Córdoba. Por lo tanto, todos los pacientes de aquí son jóvenes o adultos.

**Entrevistadora: ¿Desde aproximadamente que edades?**

Entrevistada: Me ha tocado atender a un chico de 15 años, o sea adolescente. Pero tengo entendido que sólo se trabaja con pacientes mayores de 14 años.

**Entrevistadora: En las situaciones en donde, como vos me dijiste anteriormente, el paciente ya está transitando las últimas instancias de la enfermedad, ¿Se trabaja con el duelo?**

Entrevistada: En general, se trabaja la demanda del paciente.

Hay personas que buscan hablar de sus temores ante la muerte, ante lo que viene. Pero en general el temor que se presenta suele ser al sufrimiento vinculado al final o a las personas que van a quedar.

Es ir viendo que presenta el paciente y tratar de responder a eso; responder no desde el saber si no desde el busquemos juntos.

En general, la familia suele demandar, más que por el paciente, por los otros miembros de la familia, por ejemplo “¿Cómo vamos a hacer con los niños?” si es un padre joven.

**Entrevistadora: Por último, yo propongo en mi Trabajo Final de Grado desarrollar y/o fortalecer, por medio de un dispositivo grupal, redes sociales de apoyo para los familiares de pacientes en cuidados paliativos. En esta situación, a tu parecer, ¿Las redes de apoyo se encuentran o no? y ¿Cómo están?**

Entrevistada: En realidad hacen falta muchas más redes de apoyo de las que hay. Quien tiene familia está ganando algo, pero quien no la tiene es una persona que está sola y deteriorada, entonces ¿Cómo hace? A estos se los llama Casos sociales. En ellos interviene la trabajadora social y los pacientes suelen terminan hogarizados (siempre que se pueda conseguir un hogar y recursos).

No hay equipos de cuidados paliativos, por lo tanto, no hay atención domiciliaria de los pacientes. Si hubiese un equipo de cuidados paliativos, el enfermo podría ser atendido en su casa, en su entorno, y no tendría que exponerse a los riesgos que implica la

internación. Además, son pacientes a los que no se puede dar de alta por mucho tiempo. Por todo esto es que hacen falta redes y equipos paliativos.

A demás no se cuenta con suficientes recursos humanos. Yo propuse armar un equipo de cuidados paliativos y el jefe de oncología me dijo “mirá, somos dos personas y tenemos que hacer todo”, y claro sólo son dos oncólogos y no dan abasto. Tienen que estar con los pacientes internados, la guardia, el consultorio y también se encargan de realizar los pedidos de medicación. Entonces, ¿En qué momento y cómo dirigen todo eso?...

**Entrevistada: Están sobrepasados de demanda**

Entrevistadora: Y los pacientes cada vez son más y las necesidades siempre las mismas.

## 5.5 Plan de trabajo

### Encuentro n° 1

#### Actividad 2: Compartiendo un suspiro

Link de música instrumental relajante:  
<https://www.youtube.com/watch?v=McBnpz3LjvU>

### Encuentro n° 2

#### Actividad 2: Escaneo general

Link de música instrumental relajante:  
<https://www.youtube.com/watch?v=mZhHng7y4n8>

### Encuentro n° 3

#### Actividad 1: Mentira vs Verdad

##### La leyenda de la Mentira y la Verdad:

Cuenta la leyenda, que un día la verdad y la mentira se cruzaron.

-Buen día- dijo la mentira.

-Buenos días- contestó la verdad.

-Hermoso día- dijo la mentira.

Entonces la verdad se asomó para ver si era cierto. Y lo era.

-Hermoso día – dijo entonces la verdad.

-Aún más hermoso está el lago- dijo la mentira.

Entonces la verdad miró hacia el lago y vio que la mentira decía la verdad y asintió. Corrió la mentira hacia el agua y dijo:

-El agua está aún más hermosa. Nademos.

La verdad tocó el agua con sus dedos y realmente estaba hermosa y confió en la mentira. Ambas se quitaron la ropa y nadaron tranquilamente. Después de un rato la mentira salió del agua, se vistió con la ropa de la verdad y se fue.

La verdad, incapaz de vestirse con las ropas de la mentira comenzó a caminar si ropa y todos se horrorizaban al verla. Es así como aún hoy en día la gente prefiere aceptar la mentira disfrazada de verdad y no la verdad al desnudo.

**Actividad 2:** Técnica de relajación muscular

Link de música instrumental relajante: <https://www.youtube.com/watch?v=WY-LF2iUmA>

**Encuentro nº 4****Actividad 1:** Se avecina la tormenta

Situaciones hipotéticas de tensión que contiene cada sobre:

1. Situación nº 1: Eres el dueño de una compañía y debes despedir a uno de tus amigos que trabaja en ella ¿Cómo crees que sería la mejor forma de decírselo?
2. Situación nº 2: Trabajas en la compañía de unos de tus amigos y al llegar el mismo te informa que estas despedido ¿Cómo crees que reaccionarías?
3. Situación nº 3: Tu relación de pareja se ha desgastado con el tiempo, ya no quieres a tu novio/a como antes, y decides romper con él/ella ¿Cómo crees que sería la mejor forma de decírselo?
4. Situación nº 4: Tu pareja con la que has estado desde hace algunos meses rompe contigo ¿Cómo crees que reaccionarías?
5. Situación nº 5: La mascota de tu familia, a la cual tu hijo/a de cinco años adora, ha sufrido un accidente en el cual fallece. El niño/a te pregunta “¿Por qué mi mascota ya no está en la casa?” ¿Cómo le respondes?, ¿Le cuentas lo sucedido? en el caso de que la respuesta a este último interrogante sea afirmativa ¿Cómo lo harías?, y en el caso de que fuese negativa ¿Por qué?
6. Situación nº 6: Eres un niño de 5 años y de un día para el otro dejas de ver a tu mascota (a la cual adoras y es tu gran amigo) en tu casa. Tu madre te dice que ha fallecido ¿Cómo crees que reaccionarías?
7. Situación nº 7: Estás en tu patio tendiendo la ropa cuando de repente ves salir del techo de tu vecino (al cual conoces y con quien tienes buena relación) a un grupo de personas. Corres hacia la casa de al lado y te das cuenta que lo han desvalijado ¿Cómo crees que sería la mejor forma de comunicárselo?
8. Situación nº 8: Estás en tu trabajo y de repente te llama tu vecino, con quien tienes una buena relación, y te cuenta que ha tenido que llamar a la policía porque han desvalijado tu casa ¿Cómo crees que reaccionarías?
9. Situación nº 9: Eres médico del hospital y tras realizarle a uno de tus pacientes un estudio de control anual, te das cuenta que tiene VIH (una enfermedad crónica de transmisión sexual) ¿Cómo crees que sería la mejor forma de decírselo?

**Actividad 2:** Estoy tranquilo/a

Link de música instrumental relajante: [https://www.youtube.com/watch?v=hsGOT\\_0L16U](https://www.youtube.com/watch?v=hsGOT_0L16U)

## Encuentro n° 5

### Actividad 1: Mis necesidades básicas

Panfletos informativos:

#### Folleto 1

Necesidades Básicas

## Fisiológicas

Las **necesidades fisiológicas** son aquellas que uno requiere cubrir para poder sobrevivir y lograr un equilibrio con su cuerpo, y funciones corporales. Dentro de estas necesidades tenemos el hambre, la sed, el sueño, el sexo, entre otras.

**¿Sabías qué?**

Un vaso de agua ayuda:

- 1. Potencia la imaginación y favorece a la creatividad.
- 2. En ayunas activa los órganos internos.
- 3. 30' antes de las comidas contribuye a la digestión.
- 4. Antes de tomar un baño baja la presión sanguínea.
- 5. Al ir a dormir disminuye las probabilidades de sufrir un derrame cerebral o un ataque al corazón.

Comer **fruta** con el estómago vacío puede prevenir que te salgan canas, además de prevenir ataques al corazón, calvicie y ojeras.




Necesidades Básicas **Fisiológicas**

Beneficios de un **buen dormir**.  
Se recomienda **descansar de 6 a 8 hs. por día**.

- 1. Reorganiza la información en el día y ayuda a la memoria.
- 2. Mejora el estado de ánimo.
- 3. Hidrata la piel.
- 4. Disminuye las probabilidades de la obesidad.
- 5. Regenera el sistema inmune.
- 6. Produce hormonas que ayudan contra la depresión.
- 7. Aumenta la resistencia física.



Frente

Dorso

Figura 1: Folleto informativo acerca de las Necesidades Fisiológicas

## Folleto 2

Necesidades Básicas

# Sociales

Las **necesidades sociales** tienen que ver con nuestras relaciones familiares, amistad y pareja, así como también el contar con aceptación social. Se ha comprobado que solidas relaciones sociales aumentan en un 50% las probabilidades de vida.

**¿Sabías qué?**  
*¿Sabías qué?*

En cuanto a ...

- **Las relaciones familiares:**  
La comunicación padre-hijo es una de la formas mas eficaces de transmitirles valores para enfrentar situaciones de riesgo y protegerlos de las malas influencias.



- **Las relaciones de amistad:**  
Las personas con una amplia red de amistades suelen sufrir menos estrés, su tensión sanguínea es más baja, sus defensas orgánicas son saludables y viven más tiempo.



Frente

Necesidades Básicas **Sociales**

- **Las relaciones de pareja:** Hace 50 años el matrimonio heterosexual era utilitario, es decir las mujeres buscaban un hombre para tener un sustento económico y los hombres una mujer para que se encargue de la administración del hogar. Sin embargo, en las ultimas décadas los roles de ambos se han vuelto mas parecidos.



Dorso

Figura 2: Panfleto informativo acerca de las Necesidades Sociales

## Folleto 3

Necesidades Básicas

## Seguridad y Protección

**Necesidades de seguridad y protección** refieren a sentirse seguro y protegido, integrando lo relativo a la seguridad física (asegurar la integridad del propio cuerpo) a la salud (asegurar el buen funcionamiento del cuerpo) y a la necesidad de contar con la seguridad de recursos como una vivienda.

*¿Sabías qué?*  
**¿Sabías qué?**

En torno a ...

- La **salud laboral** podemos reducir o eliminar el estrés en el trabajo:

1. Comiendo saludable, 5 veces por día.
2. Durmiendo entre 6 y 8 horas diarias.
3. Realizando técnicas de relajación.
4. Manteniendo comunicación con tu familia y amigos.
5. Realizando actividades de socialización en tu ámbito laboral.
6. Ejercitándote frecuentemente.

Necesidades Básicas **Seguridad y Protección**

7. Exigiendo una carga de trabajo y honorarios razonables.
8. Buscando ayuda cuando la necesites.
9. Conociendo tus responsabilidades.

- A los recursos tales como la **vivienda** el Indec estimó que en el año 2018 vivían en Argentina **44,5 millones de personas** y solo registraron **13,3 millones de hogares**.
- A la **salud física** la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha demostrado que las **vacunas previenen cada año entre 2 y 3 millones de muertes**.





Frente

Dorso

Figura 3: Folleto informativo acerca de las Necesidades de Seguridad y Protección

## Folleto 4

### Necesidades Básicas

## Estima

Las Necesidades de estima pueden ser de dos tipos:

**Estima alta:** tiene que ver con la necesidad del respeto a uno mismo, incluyendo sentimientos tales como confianza, logros, independencia y libertad.

**Estima baja:** refiere al respeto de las demás personas como la necesidad de atención, el aprecio y el reconocimiento. Cuando estas necesidades decaen se da una baja de autoestima.

## ¿Sabías qué?

Para satisfacer estas necesidades encontramos...

### 1. Hobbies:

Cuando una persona hace algo que le gusta o la entretiene produce más "hormonas de la felicidad" (Endorfinas, Serotonina, Dopamina y Oxitocina), lo que produce mejorías tanto en su salud física como mental.



### 2. Confianza en uno mismo:

Cuando estamos seguros y confiamos en nosotros mismos tendemos a acercarnos a la gente y a las oportunidades. Sumado a esto cuando las cosas no funcionan como lo esperábamos esta confianza nos motiva y ayuda a intentarlo de nuevo.



Frente

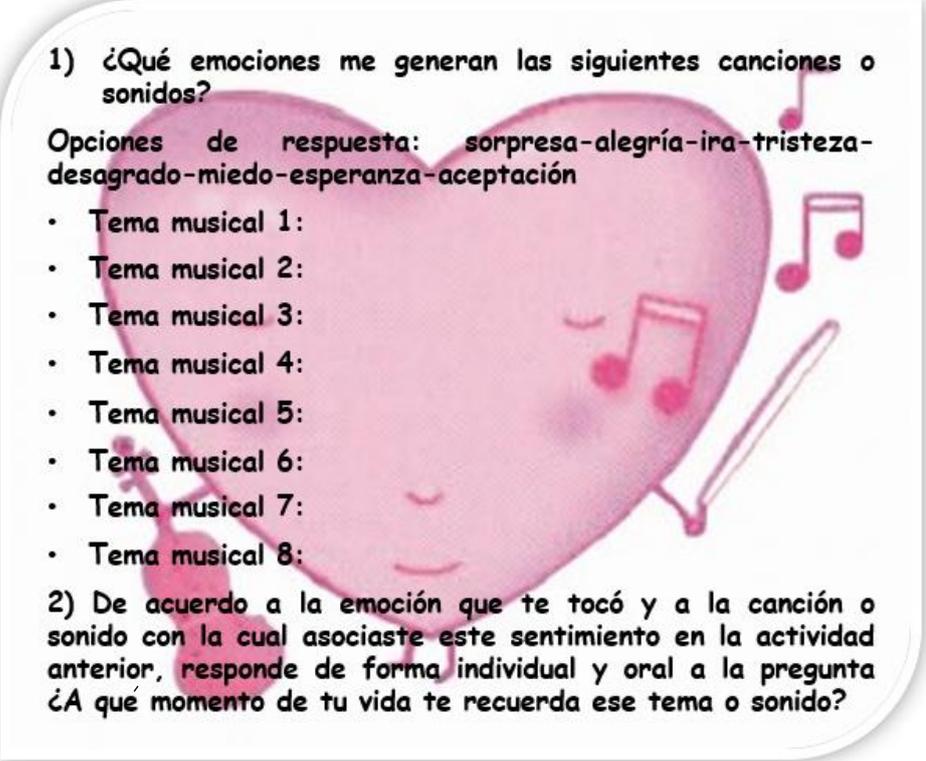
Dorso

Figure 2: Folleto informativo acerca de las Necesidades de Estima

## Encuentro n° 6

### Actividad 1: Emociones musicales

Hoja de actividades:



1) **¿Qué emociones me generan las siguientes canciones o sonidos?**

Opciones de respuesta: sorpresa-alegría-ira-tristeza-desagrado-miedo-esperanza-aceptación

- Tema musical 1:
- Tema musical 2:
- Tema musical 3:
- Tema musical 4:
- Tema musical 5:
- Tema musical 6:
- Tema musical 7:
- Tema musical 8:

2) De acuerdo a la emoción que te tocó y a la canción o sonido con la cual asociaste este sentimiento en la actividad anterior, responde de forma individual y oral a la pregunta **¿A qué momento de tu vida te recuerda ese tema o sonido?**

1. Tema musical 1: Tristeza <https://www.youtube.com/watch?v=o0gk2vzyBzE> (desde el minuto 0:00 hasta el minuto 0:43)
2. Tema musical 2: Alegría <https://www.youtube.com/watch?v=5PQoLOem074> (desde el minuto 0:00 hasta el minuto 0:31)
3. Tema musical 3: Miedo <https://www.youtube.com/watch?v=UI2WuKFX7u0> (desde el minuto 0:00 hasta el minuto 0:26)
4. Tema musical: Ira <https://www.youtube.com/watch?v=z8S8QiZSkdY> (desde el minuto 0:00 hasta el minuto 0:32)
5. Tema musical 5: Sorpresa [https://www.youtube.com/watch?v=PL\\_GDe0-XmE](https://www.youtube.com/watch?v=PL_GDe0-XmE) (desde el minuto 0:00 hasta el minuto 0:28)
6. Tema musical 6: Desagrado <https://www.youtube.com/watch?v=HN319BnqX8k&list=PLuTFRbECThR4SYXnc9mQ5YrjQjrBFbdLJ> (desde el minuto 0:00 hasta el minuto 0:10)
7. Tema musical 7: Esperanza <https://www.youtube.com/watch?v=iPXe7ELuWLA> (desde el minuto 0:30 hasta el minuto 1:23)
8. Tema musical 8: Aceptación <https://www.youtube.com/watch?v=5f1XMDJ1IrQ> (desde el minuto 1:08 hasta el minuto 1:42)

### Encuentro n° 7

#### Actividad 2: La impermanencia

Sonido de un golpe de Cuenco Tibetano:

[https://www.youtube.com/watch?v=QG\\_cakuDI3Y](https://www.youtube.com/watch?v=QG_cakuDI3Y). (desde el minuto 0:00 hasta el minuto 0:12)

### Encuentro n° 8

#### Actividad 1: La máquina de la sanación

Tabla de dolor físico:

	Dolor Físico			
	¿Qué me duele?	¿Por qué?	¿Qué sensaciones me genera este dolor?	¿Qué hago o necesito para curarlo?
Nombre del participante n° 1				
Nombre del participante n°2				
Nombre del participante n° 3				
Nombre del participante n° 4				
Nombre del participante n° 5				
Nombre del participante n° 6				
Nombre del participante n° 7				
Nombre del participante n° 8				
Nombre del participante n° 9				

Tabla de dolor emocional:

	<b>Dolor</b>		<b>Emocional</b>	
	<b>¿Qué me genera dolor?</b>	<b>¿Por qué?</b>	<b>Este dolor ¿Qué sensaciones me genera?</b>	<b>¿Qué hago o necesito para curarlo?</b>
Nombre del participante nº 1				
Nombre del participante nº 2				
Nombre del participante nº 3				
Nombre del participante nº 4				
Nombre del participante nº 5				
Nombre del participante nº 6				
Nombre del participante nº 7				
Nombre del participante nº 8				
Nombre del participante nº 9				

**Actividad 2:** Calmando las aguas

Link de música instrumental relajante:  
<https://www.youtube.com/watch?v=xkUyIYfmTmg>

Link musical del video de despedida: <https://www.youtube.com/watch?v=wWT7di2rJxg>

## 5.6 Evaluación

Escala de Redes Sociales de Contención a familiares-cuidadores				
<p><b>Instrucciones:</b> Anote con una X la columna que más represente sus conductas, pensamientos y sentimientos en cada caso.</p> <p><u>Datos Personales</u></p> <p>-Nombre del cuidador:</p> <p>-Edad: <span style="margin-left: 200px;">-Fecha de evaluación:</span></p> <p>-Nombre del Paciente:</p> <p>-Tipo de relación:</p>				
		(+ ) .....Respuestas..... (-)		
		Frecuentemente	A veces	Nunca
1	Me he sentido muy cansado/a			
2	Me he sentido particularmente motivado/a o interesado/a por algo			
3	Me he sentido muy solo/a o distante de la gente			
4	Me he sentido contento o satisfecho por haber logrado algo			
5	Expreso mis opiniones con facilidad			
6	Suelo generar discusiones			
7	Hay ocasiones en las que soy incapaz de decir algo			
8	Soy abierto/a y franco/a con mis sentimientos			
9	Pienso que mi familiar depende de mí			
10	Pienso que debido al tiempo que le dedico a mi familiar no tengo suficiente tiempo para mí			
11	Me siento agobiado/a por intentar compatibilizar el cuidado de mi familiar con otras responsabilidades			

12	Siento que he perdido el control de mi vida desde que comenzó la enfermedad de este familiar			
13	Recibo ayuda con el cuidado de mi familiar-paciente			
14	Puedo compartir con alguien mis alegrías y penas			
15	Alguien me da la ayuda y el apoyo emocional que requiero			
16	Puedo conversar de mis problemas con alguien			

Tabla de transformación de respuestas en puntajes:

<b>Ítems</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
<b>1</b>	1 punto	2 puntos	3 puntos
<b>2</b>	3 puntos	2 puntos	1 punto
<b>3</b>	1 punto	2 puntos	3 puntos
<b>4</b>	3 puntos	2 puntos	1 punto
<b>5</b>	3 puntos	2 puntos	1 punto
<b>6</b>	1 punto	2 puntos	3 puntos
<b>7</b>	1 punto	2 puntos	3 puntos
<b>8</b>	3 puntos	2 puntos	1 punto
<b>9</b>	3 puntos	2 puntos	1 punto
<b>10</b>	3 puntos	2 puntos	1 punto
<b>11</b>	3 puntos	2 puntos	1 punto
<b>12</b>	3 puntos	2 puntos	1 punto
<b>13</b>	3 puntos	2 puntos	1 punto
<b>14</b>	3 puntos	2 puntos	1 punto
<b>15</b>	3 puntos	2 puntos	1 punto
<b>16</b>	3 puntos	2 puntos	1 punto

## 5.7 Anexo E

## ANEXO E – FORMULARIO DESCRIPTIVO DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

### AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR Y DIFUNDIR TESIS DE POSGRADO O GRADO A LA UNIVERIDAD SIGLO 21

Por la presente, autorizo a la Universidad Siglo21 a difundir en su página web o bien a través de su campus virtual mi trabajo de Tesis según los datos que detallo a continuación, a los fines que la misma pueda ser leída por los visitantes de dicha página web y/o el cuerpo docente y/o alumnos de la Institución:

<b>Autor-tesista</b> <i>(apellido/s y nombre/s completos)</i>	Daniela Belén Martínez Orellana
<b>DNI</b> <i>(del autor-tesista)</i>	39.611.484
<b>Título y subtítulo</b> <i>(completos de la Tesis)</i>	"Redes Sociales de Contención Para Familiares de Pacientes en Cuidados Paliativos"
<b>Correo electrónico</b> <i>(del autor-tesista)</i>	belenmartinezortellana25@gmail.com
<b>Unidad Académica</b> <i>(donde se presentó la obra)</i>	Universidad Siglo 21

Otorgo expreso consentimiento para que la copia electrónica de mi Tesis sea publicada en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21 según el siguiente detalle:

<b>Texto completo de la Tesis</b> (Marcar <input checked="" type="radio"/> SI/NO) <sup>[1]</sup>	Si
<b>Publicación parcial</b> (Informar que capítulos se publicarán)	

Otorgo expreso consentimiento para que la versión electrónica de este libro sea publicada en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21.

Lugar y fecha: Río Cuarto - Córdoba

  
 Firma autor-tesista

Belén Martínez  
 Aclaración autor-tesista

Esta Secretaría/Departamento de Grado/Posgrado de la Unidad Académica:  
 \_\_\_\_\_ certifica  
 que la tesis adjunta es la aprobada y registrada en esta dependencia.

\_\_\_\_\_  
 Firma Autoridad

\_\_\_\_\_  
 Aclaración Autoridad

Sello de la Secretaría/Departamento de Posgrado

[1] Advertencia: Se informa al autor/tesista que es conveniente publicar en la Biblioteca Digital las obras intelectuales editadas e inscriptas en el INPI para asegurar la plena protección de sus derechos intelectuales (Ley 11.723) y propiedad industrial (Ley 22.362 y Dec. 6673/63. Se recomienda la NO publicación de aquellas tesis que desarrollan un invento patentable, modelo de utilidad y diseño industrial