



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Dirección General de Innovación en modalidades Educativas
Maestría en Ciencias para la Familia

Trabajo práctico para obtener el Grado de **Maestra en Psicología**

Apoyo grupal online psicoterapéutico para familiares
cuidadores de pacientes con conductas suicidas

Presenta:

Jalihel Flores Hernández



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Cuando tomé la decisión de estudiar la maestría, no tenía en mente el gran recorrido tan fuerte que iba a tener, el vivir varios eventos adversos a situaciones familiares de salud que marcaron profundamente mi ser, así como la pandemia, dejaron en mi persona: la esperanza de seguir adelante, como se lo expresé al profesor de Edufamilia de Navarra España, **Gabriel Martí André**, acerca de que el tiempo en que la diosidencia se encaminó en el encuentro de ser convocada a estudiar en línea, fue mi mejor terapia ocupacional que haya tenido durante la pandemia, abrazada y afianzada a metas propositivas generó en mi ser el alcance emocional para re direccionar con lo aprendido en estos dos años el aporte social. Gracias estimado profesor desde México hasta España, sobre todo porque el propósito va hacia al amado hospital psiquiátrico donde sirvo actualmente. Poco a poco la profesora y directora de la maestría en la UPAEP (mi alma mater desde la licenciatura), **Margarita Teyssier Larios** iba animándome y guiándome de forma constante para saber cómo estaba, con su calidez muy humana le vivo con gratitud, simultáneo a ello, la profesora **Prisca Vianey Jiménez Carpinteyro** mi gran asesora de seminario de investigación, creyó en mí, oro por mí y me generó una profunda confianza para apostar todo por ir mejorando como persona y como profesional, le agradezco tanto... En aquellos momentos de este caminar que pocos, muy pocos sabían de dicha preparación de grado, estuvieron grandes seres laborales entre ellos, **Dra. Martha Luna, Enfro. Valentín Morales Pérez, Enfra. Julieta Pérez Pérez, Enfro. Joel Hernández Cholula y Dra. Paulina De Sampedro** quienes estuvieron atentos en todo momento, apoyándome en las situaciones críticas y tener la discreción para hacer esto de forma humilde.

Durante las andanzas, llegó también en mi vida mi tío querido **José Santiago Flores Sombrerero** (tío Pepe) gracias tío, por ayudarme siempre, estar presente día a día, y sobre todo en los internamientos de mi mamá desde el año 2021 y el presente año 2022 siendo mi gran guía desde el fallecimiento de mi padre, gracias.

No puedo pasar por alto, a mí querido primo **Carlos Erasmo Bedolla Hernández** quien paso a paso, llamada, tras llamada, en el tiempo crucial al hornear las hojaldras de octubre y noviembre, ahora en video llamadas de México hasta Estados Unidos sigue siendo como un hermano mayor alentándome y creyendo en mí, gracias, mil gracias por todo.

El andar se ha nutrido mucho con la mano, corazón y gran inteligencia de mi hijo **Leandro Javier Villa Flores**, hijo, cuando lees esto quiero y sepas que fuiste el gran apoyo moral que pude encontrar en todo momento, quien me ayudabas en la tecnología cuando me desesperaba y hasta te quedabas en los horarios prolongados nocturnos para verme culminar cada actividad dedicada en este bello posgrado, hijo...gracias, gracias...te amo mucho.

A mi querido esposo **Héctor Javier Villa Ojeda** quien continuamente me decía: tranquila, ya descansa, mañana será otro día, con mis rasgos obsesivos, me dabas la paz que necesitaba en todo momento, el apoyo constante de ver por mi madre enferma, de estar aquí y ahora para seguir adelante y alentarme para minimizar mis preocupaciones no saldadas por los recursos materiales, ahí estaba tu mano firme y de gran apoyo, pues como diría Mario Benedetti “somos mucho más que dos”, te amo amor.

Sé que tenía que ir y venir y a veces necesitaba un poquito más, pero cuando estabas hermano **Víctor Manuel Flores Hernández** dabas todo de ti, con las ocupaciones laborales y tu gran responsabilidad laboral no podías estar en Puebla, y aún con ello, me ayudabas y alentabas mucho, gracias por tu ser que me enseña a ser responsable y dar lo mejor de uno en todo aquello a lo que uno se empeña.

Por quienes en cada instante solicitaban un soporte emocional más direccionado a sus necesidades y contar con su tiempo agradezco mucho a los **familiares cuidadores** quienes estuvieron en este proyecto de investigación, abrieron su plena confianza y dieron credibilidad a lo que se comparte para poder sumarse a más personas cuidadoras que requieran un abordaje grupal en línea, la fortaleza que me admira tanto ha sido un gran impulso, sin decaer esta aportación social.

Culmino mi gratitud hacia el ser a quien le debo lo que soy y doy,
quien me ha abrazado cuando claudico y temo, quien me levanto en todo momento
a ti **Dios**, gracias por tu misericordia

Va por ti, mamita Cristina Guadalupe Hernández y Crespo

Índice

Agradecimientos.....	2
Resumen.....	7
Abstract.....	8

Capítulo I

1. Introducción.....	9
1.1. Antecedentes.....	10
1.2. Planteamiento del problema.....	11
1.2.1. Objetivos de la investigación.....	12
1.2.2. Preguntas de investigación.....	13
1.2.3. Justificación de estudio.....	14
1.2.4. Contexto de la investigación.....	15

Capítulo II

2. Marco Teórico.....	16
2.1. Definición de Conceptos.....	16
2.2. ¿Quién es un cuidador primario o familiar cuidador?	18
2.2.1. Características del Cuidador primario o Familiar cuidador.....	19
2.2.1.1. Perfil del Cuidador.....	20

2.2.2. Necesidades de los Cuidadores.....	21
2.2.3. Límites de los Cuidadores.....	22
2.2.3.1. ¿Cómo miden sus prioridades y delegan sus cuidados?.....	25
2.3. ¿Qué es el comportamiento suicida?.....	26
2.3.1. Características de las Personas con Conductas Suicidas.....	26
2.3.2. Estigmas y Temores sobre el Suicidio.....	27
2.3.3. Esquemas Mentales ante Conductas Suicidas.....	28
2.3.4. Emociones de las Personas con Conductas Suicidas.....	29
2.3.4.1. Sentimientos del Cuidador.....	29
2.3.5. Factores de Riesgo en Conductas Suicidas.....	30
2.3.6. Factores de Protección en Conductas Suicidas.....	32
2.3.6.1. La Importancia de la Familia.....	33
2.4. Características del Desgaste Emocional.....	34
2.4.1. Factores de Protección ante el Desgaste Emocional.....	35
2.4.1.1. Manejo del Riesgo Suicida.....	36
2.4.1.2. Plan de Seguridad en el Manejo del Riesgo Suicida.....	36
2.5. Características del Autocuidado.....	37
2.6. Métodos de Autorregulación Emocional.....	39

2.7. Psicoterapia con Manejo Integrativo.....	40
2.7.1. Sesiones Terapéuticas a través de Grupos de Apoyo.....	41
2.7.1.1. Antecedentes.....	41
2.7.1.2. Manejo de Grupos de Apoyo en Línea.....	42

Capitulo III

3. Metodología.....	43
3.1. Contexto.....	43
3.2. Sujetos.....	44
3.3. Investigación Realizada.....	44
3.3.1. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.....	45
3.3.2. Escala de Desesperanza de Beck (BHS).....	47
3.3.3. Registro de Asistencias.....	48

Capitulo IV

4. Plan de Investigación.....	50
4.1. Elaboración de la propuesta o programa.....	50
4.2. Objetivos.....	50
4.3. Estrategias.....	51
4.4. Acciones.....	51

4.5. Recursos.....52

4.6. Tiempos.....53

Capítulo V

5. Presentación de Resultados.....54

5.1. Introducción.....54

5.2. Resultados Cuantitativos.....54

5.3. Resultados Cualitativos.....55

5.4. Conclusiones.....56

Referencias.....60

Anexos..... 67

Resumen

Ante realidades presentes que se han manifestado en los últimos años y los avances tecnológicos secundarios a las problemáticas sociales, como ha sucedido con la pandemia del virus SARS CoV-2, no podemos ignorar que la exigencia de la salud mental ha aumentado, sobre todo, con las personas con conductas suicidas.

Las nuevas tecnologías han puesto en relevancia enlaces para enriquecer aportaciones entre iguales, así deviene esta propuesta de investigación donde se cuida a las personas con grupos de apoyos psicoterapéuticos ante los factores de riesgo existentes que vulneren a la población en estudio, quienes son pacientes egresados al haber tenido abordaje especializado y van teniendo seguimiento ambulatorio. Tras esta situación se observó que los familiares cuidadores o cuidadores primarios, requieren un apoyo adicional a sus necesidades por desconocimiento que generan un desgaste global ante su cuidado.

Se propone un manejo integrativo para la autorregulación emocional, autocuidado, la información adecuada, el manejo cognitivo, límites familiares y conductas, que serán escuchados y acompañados en un grupo de apoyo online, fomentando el apoyo mutuo como grupo homogéneo con fundamentos psicológicos, teóricos y metodológicos que apoyen su intervención bajo el cuidado humano como personas, coadyuvando a la problemática expuesta.

Palabras clave: avances tecnológicos, salud mental, conductas suicidas, grupos de apoyos psicoterapéuticos y familiares cuidadores o cuidadores primarios.

Abstract

Given the present realities that have manifested themselves in recent years and technological advances secondary to social problems, as has happened with the SARS CoV-2 virus pandemic, we cannot ignore that the demand for mental health has increased, above all, with people with suicidal behaviors. New technologies have highlighted links to enrich contributions among equals, so becomes this research proposal where people with psychotherapeutic support groups are cared for in the face of existing risk factors that violate the study population, who are patients who have graduated having had a specialized approach and are having outpatient follow-up. After this situation, it was observed that family caregivers or primary caregivers require additional support to their needs due to ignorance that generates a global wear and tear before their care. An integrative management is proposed for emotional self-regulation and self-care.

Keywords: technological advances, mental health, suicidal behaviors, psychotherapeutic support groups and family caregivers or primary caregivers.

Fuente: google, traductor.

Capítulo I

1. Introducción:

Ante la necesidad de atender a los familiares cuidadores o cuidadores primarios de pacientes egresados de hospitales de especialidad al presentar conductas suicidas, se presenta este trabajo de investigación, abordando las mejoras para su apoyo en cuanto a la creación de redes de apoyo propiciándoles así apoyo y regulación emocional, guía cognitiva, consejería, ayuda de servicios y acceso a contactos inmediatos.

Es por ello, que se propone ante las nuevas tecnologías un enlace online a aquellos grupos homogéneos, que en este caso es el de familiares cuidadores con pacientes con conductas suicidas, ante el enfrentamiento constante del desgaste emocional continuo que presentan y que a través de sesiones grupales dirigidas por un experto, les permita tener un bienestar en su calidad de vida y así logren de este modo enfrentar respuestas adecuadas ante situaciones críticas personales.

Considerando los aspectos sociales que permiten abrir brechas entre los demás, ahora cuanto más afloran las redes sociales digitales, actuando como agentes de ayuda y derivaciones, generando así rapidez en el uso de servicios de salud. La propuesta va encaminada en generar espacios digitales como medios de comunicación, para gestionar conflictos actuales, poder llegar a ser resolutivos en ello, y que si no se llegase en ese momento a serlo, brindar posibilidades de acción como redes de apoyo y canalizarlos a los medios propicios para su abordaje que generen nuevas alternativas y posibilidades de afrontamiento.

1.1. Antecedentes:

El considerar el amor inagotable de un familiar hacia un ser doliente impera gran atención. Se tiene a bien, el conocimiento del apoyo global hacia pacientes psiquiátricos por el medio de las ciencias, una de ella es la de la salud mental, que engloba una atención científica de carácter objetivo, sistemático y ético. Al unificar el conocimiento de la ciencias para la familia permite tener un abanico de posibilidades en el manejo más humanizado hacia los familiares que se tornan cuidadores primarios que por las circunstancias de salud-enfermedad generan una atención urgente para dar cabida a proponer una realidad sustentada en soporte emocional, que es necesario en la rehabilitación del doliente, quien en este caso, se centra en el contexto de los pacientes con conductas suicidas sin consumarse quedando en grado de tentativa, quienes tuvieron tratamiento médico y psicoterapéutico en un lugar de atención de salud mental de tercer nivel que se encuentra en el suroeste del estado de Puebla, donde se asiste a la población aguda (estancia por poco tiempo) y que a su egreso al tener mejoría, fueron orientados sus cuidadores primarios sobre su manejo de rehabilitación, que aún siguen teniendo y que se ha observado que los familiares requieren un manejo integrativo para tener un conocimiento más amplio sobre la conducta suicida, así como su manejo personal que habiliten estrategias adecuadas en su convivencia, no obstante, muchos de ellos, sufren con el doliente y sienten la impotencia para poder sobre llevar lo que produce un inadecuado manejo generando un importante desgaste emocional, desgaste físico, desgaste económico y desgaste sociocultural; por lo que se pretende con este estudio facilitar una mayor comprensión ante la actitud de cada persona desde los márgenes antropológicos, médicos, jurídicos, sociopolíticos, económicos, familiares, éticos, psicológicos, pero sobre

todo...con una mirada más amorosa de la persona que conjuguen su ayuda con un singular lema: “ayúdame a entenderme, ayúdame a entenderte” con una visión humanizante que permita apoyarse el cuidador o familiar para contener y estabilizar a la persona en crisis o con antecedentes de conducta suicida dentro del seno familiar.

1.2. Planteamiento del problema:

En estos tiempos de grandes cambios mundiales, tras la pandemia del virus SARS CoV-2 que hemos enfrentado como humanidad, ha conllevado a ejercer con mayor énfasis el apoyo asistencial en la Salud Mental en todos los campos clínicos. Han aumentado los índices de psicopatologías mismas que se han atendido en el hospital donde se consideró este proyecto de investigación, el cual enfrentó en comienzos de los años 2020 hasta la fecha la atención en la línea telefónica (APUD)¹, atención en video llamadas y en la atención presencial donde se detectaron comportamientos suicidas que con el paso del tiempo fueron incrementando.

El apoyo vía telefónica fue también un elemento clave para poder canalizar a algunos pacientes a dicho hospital con un manejo especializado, mismo que lleva a considerar que el presente trabajo de investigación se enfoque a una población específica que son aquellos cuidadores o familiares de aquellas personas que presentan comportamientos suicidas, ya que el tema del suicidio es complejo validar, sobre todo, en la familia donde existe muy poca información o se estigmatiza el tema del suicidio, siendo más frecuentes conductas impropias y repetitivas que generan mayor confusión y prevalencia de la conducta suicida.

¹ Atención Psicológica de Urgencias y Desastres.

Se debe tener conciencia que el ser humano que presenta conducta suicida, es una persona digna de respeto y consideración, y el primer paso que podemos proporcionar es brindarle información al cuidador o familiar, tal como el Dr. Tomas Melendo Granados expone en la maestría en Ciencias para la Familia a través del filósofo Aristóteles: “amar es querer el bien del otro, en cuanto otro”, deriva la importancia de la familia en buscar el bien real de la otra persona y por ende, se reseña: “ La causa más radical de la existencia de la familia es la grandeza de la persona, que necesita entregarse para cumplir lo que exige su misma condición personal, pero que no puede hacerlo sin alguien que la acoja gratuitamente y sin condiciones: sin familia” Melendo (2022) “Introducción a la antropología: la persona, MASTER EN CIENCIAS PARA LA FAMILIA Versión para principiantes” (página 11). Teniendo presente el gran desgaste emocional que existe en la familia, y considerando que existe la problemática dentro de la misma, surge el siguiente problema a investigar: ¿cómo ayudar a los cuidadores o familiares de personas con conductas suicidas, ante su desgaste emocional desde una intervención integrativa?

1.2.1. Objetivos de la investigación:

- Identificar las necesidades presentadas en los cuidadores o familiares ante pacientes con conductas suicidas en su vida cotidiana.
- Conocer que tanto saben los familiares o cuidadores acerca del suicidio.
- Distinguir las emociones que viven los cuidadores o familiares ante pacientes con conductas suicidas.
- Reconocer como interpretan la realidad ante este tipo de conductas.
- Generar conciencia sobre el desgaste emocional que presentan los cuidadores o familiares ante el paciente con conductas suicidas.

- Proporcionar herramientas de apoyo que les permita a los cuidadores sentir seguridad y tranquilidad ante las conductas suicidas.
- Proveer los medios del autocuidado de los familiares o cuidadores en su vida cotidiana.

1.2.2. Preguntas de investigación:

- ❖ ¿por qué los cuidadores o familiares presentan desgaste emocional?
- ❖ ¿cuáles son las características de su desgaste emocional?
- ❖ ¿cuánto tiempo dedican al cuidado de los pacientes con conductas suicidas?
- ❖ ¿cómo ejecutan el cuidado hacia ellos?
- ❖ ¿cuáles son sus ideas sobre el suicidio hacia el paciente con dichas conductas?
- ❖ ¿qué conocen sobre el suicidio?
- ❖ ¿cómo interpretan el concepto sobre el suicidio como familia?
- ❖ ¿cuáles son sus temores al respecto?
- ❖ ¿qué necesitan los cuidadores o familiares sobre esta vivencia?
- ❖ ¿cómo miden sus prioridades con ellos y el resto de la familia?
- ❖ ¿saben delegar a otros, el cuidado de ellos?
- ❖ ¿conocen el autocuidado?
- ❖ ¿cómo podrían mejorar su autorregulación ante tal desgaste?
- ❖ ¿qué les daría más seguridad y tranquilidad ante su cuidado?

1.2.3. **Justificación de estudio:**

Las limitaciones que presentan los cuidadores o familiares de los pacientes con conductas suicidas a razón de su desconocimiento en su manejo, opera en un aumento de la demanda de asistencia en el servicio psicológico, mismo que genera inquietudes para su abordaje, ya que se han detectado indudablemente el gran dolor que persiste en los padres, hermanos, esposos, hijos tíos u otros familiares o cuidadores. El hecho de no saber abordarlos como familia imperan miedos y estigmas que generan inmovilización en su accionar, conllevándolos a las dudas o a sentimientos mal encaminados que se reservan en los silencios acumulados en ello, y su importancia de saber dirigir su conducta de forma adecuada. Por lo que se plantea en este proyecto de investigación el brindar la ayuda adecuada a los cuidadores primarios o familiares de los pacientes con conductas suicidas ante su desgaste emocional desde una intervención integrativa que coadyuve a generar en ellos herramientas de apoyo en su autocuidado en lo más sano como “personas” de forma muy humana desde su mirada como persona digna, libre y responsable, ya que a bien, se tiene presente que el acto de amor que ellos proporcionan hacia los pacientes con estas características, es un bien para el otro en cuanto a otro, siendo un acto de generosidad en donar al otro ser que en este caso es el paciente con conductas suicidas en su tiempo y su dedicación, mismo que requiere ser tratado y reconocido brindándoles un valor importante en su esencia y como familiar doliente, ya que la grandeza propia de la persona se brinda en la entrega y acogimiento libre hacia otra persona y la familia es necesaria a causa de su grandeza como persona.

“La entraña y la misión de la familia reside en: acoger, mimar, mantener, remozar, proporcionar, pulir, hacer que fructifique y llevar a plenitud inmortal el amor”

Melendo (2022) “Un nuevo entorno, exigido por las circunstancias: La orientación familiar. Maestría en ciencias para la familia, Navarra, España. (Página 11).

1.2.4. Contexto de la investigación:

El contexto del trabajo de la investigación se llevará a cabo, con familiares o cuidadores primarios de los pacientes con conductas suicidas egresados del hospital psiquiátrico antes dicho, mismos que serán atendidos vía online en reuniones meeting semanales dos veces por semana por intervalo de dos horas por sesión.

Capítulo II

2. Marco Teórico:

2.1. Definición de Conceptos:

- *Cuidador primario o familiar cuidador*: es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Florez. Lozano et al, 1997, en De los Reyes M., 2001).
- *Suicidio*: El suicidio surge cuando la persona afectada siente que la vida es ya insoportable y que la muerte es la única vía de escape, ya sea del dolor físico o emocional, de la enfermedad terminal, de los problemas económicos, de las pérdidas afectivas o de otras circunstancias, como la soledad o humillación. (Chesney y Goodwin, 2014; Federación Mundial para la Salud Mental, 2010). La OMS en el año 1986, define al suicidio como un acto con resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados (...) la ideación y las tentativas suicidas pueden ser vistas como fases previas al suicidio. (Medina. Zambrana, Sebastiana, 2014, p. 228).
- *Conductas suicidas*: hace referencia a una serie de comportamientos relacionados con ideas de suicidio, tentativa de suicidio y suicidio consumado. (Medina. Zambrana, Sebastiana, 2014, p. 229).
- *Desgaste emocional o Síndrome de Agotamiento*: se define como un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido, que puede ocurrir entre las personas que trabajan directamente con otras personas. Es una

respuesta a una tensión emocional de índole crónica, ocasionada por el deseo de trabajar exitosamente con otros seres humanos que tienen problemas. La tensión surge de la interacción social entre la persona que recibe la ayuda y quien ayuda. (Rodríguez. Navarro, José Carlos. 2022. p.27)

- *Estigma social*: en el contexto de la salud es la asociación negativa entre una persona o un grupo de personas que comparten ciertas características y una enfermedad específica. (UNICEF, World Health Organization, 2019. p. 2).
- *Autocuidado*: es una práctica estimulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que refiere a una actitud activa y responsable con respecto a la calidad de vida. Este concepto se definió por primera vez en 1983.
- *Autorregulación emocional*: es el control que una persona ejerce sobre sus emociones, sus acciones y sus pensamientos. Se vincula con una gestión interna, ya que permite direccionar las ideas y las acciones hacia la adaptación a un contexto, y así la persona puede acomodarse a la situación o a un entorno con la finalidad de satisfacer sus anhelos, ya sea de forma inmediata o más adelante. (Pérez. Porto Julian y Gardey Ana, 2019).
- *Psicoterapia*: Tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. (Pérez. Verónica, 2001, p. 8).

- *Sesiones*: es una reunión celebrada por una empresa o institución para tratar algún asunto. Fase o acto temporalmente acotados en que se desarrolla una actividad o un proceso. (Oxford Languages, Diccionario).
- *Grupos de apoyo*: ofrecen recursos de afrontamiento y para la mitigación de las emociones negativas, proporcionar mayor sensación de control, aumentar la autoestima y el estado de ánimo positivo. Dan la oportunidad de interacción social regularizada y son un espacio de comunicación de doble vía donde se escucha, pero también se propone, se comenta y se opina (Palacín, 2017).
- *Metting*: significa reunión, como un acto o proceso por el que un grupo de personas se unen, como un conjunto, con un propósito en común. (Dictionary and Thesaurus. Merriam Webster Online. Retrieved April 21, 2010).

2.2. **¿Quién es un cuidador primario o familiar cuidador?**

A menudo tenemos presente que el cuidador asiste a una persona enferma lo que es frecuente que participe la familia o personas allegadas a la persona y hagan cosas para cuidarle. Sucede que en la familia algunas personas realizan más actividades y otras se involucran menos en el cuidado, un hecho real que se mira con frecuencia en los hospitales, tras ello, existe una persona que se hace cargo de la mayor parte del cuidado y apoya al paciente tanto en casa como en el hospital o las consultas, por ello, se le conoce como: cuidador primario o familiar cuidador.

Los cuidadores primarios hacen muchas cosas para apoyar a su familiar o amigo enfermo: preparan los alimentos, les ayudan con el baño o la limpieza diaria, le acompañan a las consultas y durante las hospitalizaciones; compran los medicamentos y le ayudan a

tomarlos, en algunos casos también realizan curaciones o procedimientos (por ejemplo poner un dispositivo subcutáneo), platican con el paciente, le ayudan a mantener un buen estado de ánimo, entre muchas otras. Todas estas actividades son muy importantes ya que a través de ellas se pueden prevenir y atender complicaciones y en general permiten alcanzar una de las principales metas de los tratamientos médicos para personas que viven con enfermedades crónicas: mantener el mejor nivel de calidad de vida posible. Refiere la autora Rangel-Domínguez Nancy que en México y en muchos otros países, las mujeres son las principales cuidadoras de las personas enfermas, aunque eso no significa que no existan muchos hombres que también se dediquen al cuidado de un familiar enfermo. Frecuentemente son las esposas o hijas de los pacientes quienes se hacen cargo de los cuidados que éstos necesitan, pero, también podemos encontrar que en algunos casos quien se encarga de la atención de un familiar enfermo sea un hermano o hermana, una nieta o nieto, sobrinos, tíos y tías, compadres o comadres, es decir, **todos podemos ser cuidadores**. (Rangel-Domínguez Nancy, sin año. p.5).

2.2.1. **Características del Cuidador primario o Familiar cuidador:**

Existen cuidadores informales y cuidadores formales.

Los cuidadores informales no disponen de capacitación, no son remunerados, y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios, este apoyo es brindado por familiares, participando amigos o vecinos (Florez. Lozano et al, 1997).

Los cuidadores principales o primarios (en la literatura también se conocen como cuidadores formales) son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas según la ayuda recibida. (Florez. Lozano et al, 1997).

2.2.1.1. **Perfil del Cuidador:**

Según la guía para personas cuidadoras de Zaintzea y que autores como De la Cuesta (2009, 2004) y Sánchez (2011) confirman:

- La mayoría de los cuidadores son mujeres (83% del total)
- Un 43% son hijas, un 22% son esposas y un 75% son nueras de la persona cuidada
- La edad media de los cuidadores es de 52 años
- En su mayoría están casados (77%)
- Una parte muy sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada (60%)
- En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador (80%)
- La mayoría de los cuidadores prestan ayuda diaria a su familiar (85%)
- Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas (60%)
- La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja (20%)
- Percepción de la prestación de ayuda: cuidado permanente
- Una parte de ellos comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus hijos (17%)

Las funciones que realizan los cuidadores primarios según lo establece la guía de personas cuidadores de Zaintzea son:

- Actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.).
- Transporte fuera del domicilio (por ejemplo: acompañarle al médico).
- Administración del dinero y los bienes.
- Supervisión en la toma de medicamentos.
- Llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida.
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo: cuando se comporta de forma agitada).
- Favorecer la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.

2.2.2. Necesidades de los Cuidadores:

Una necesidad es algo de lo que se precisa, es indudablemente un requisito para la salud y la supervivencia, por ende, se deben de considerar el satisfacerlas tanto en los entornos físicos, sociales, educativos, y culturales esto procura un bienestar personal que tiene un impacto hacia los demás. Debido a que en la mayoría de los casos de los cuidadores primarios gira en torno a la satisfacción de las necesidades de la persona a la que se atiende, muchos tienden a dejar sus propias vidas y necesidades a segundo plano, como consecuencia se torna para ellos en malestares tanto en la vida de quienes proveen estos cuidados como de la persona que es cuidada. El considerar que el brindar el cuidado a otros, implica un cierto tipo de desgaste (dependiendo de la persona a quien se cuida) generando desgaste en lo físico, financiero, social, emocional donde generan sentimientos

depresivos, de soledad, de enojo, de frustración, de ansiedad, de temores aunados a estrés crónico, asunto que se abordará posteriormente.

Sobre las necesidades de los cuidadores Rubiela Castro, Helena Solórzano y Evelyn Vega (2009) manifiestan como las más frecuentes:

- Descanso
- Ejercicio físico
- Alimentación
- Expresión de emociones
- Apoyo familiar
- Información y orientación
- Continuidad de proyecto de vida
- Recreación y ocio
- Atención psicológica especializada
- Ayuda económica

2.2.3. Límites de los Cuidadores:

Teoría General de Sistemas

El biólogo Van Bertalanffy fue el primero en introducir en nuestro ámbito estos principios ya que este modelo se centra en la relación entre las partes de un todo complejo y su contexto. Su principio básico: un sistema es un grupo de realidades que interactúan modificándose de manera recíproca y constante. Esto se aplica en la familias mediante:

1.- La organización: este es que ningún elemento del sistema puede considerarse como un ser por completo independiente, un sistema familiar organizado tiene una frontera que la

une-separa de la comunidad que la rodea, ese contorno es el conjunto de reglas implícitas y explícitas con la que la familia se reserva para sí información o cualidades, o permite que todo ello aflore y entre en contacto con las personas de la comunidad, para ello, en su organización la familia debe de tener fronteras claras así como en los subsistemas como es el matrimonio:

Los límites se dan: en el subsistema conyugal, subsistema paterno-filial y subsistema fraternal.

Salvador Minuchin caracterizó a las familias según sus fronteras estableciendo una graduación que va desde las familias desligadas o aisladas con fronteras excesivamente rígidas; a las aglutinadas con fronteras difusas abiertamente permeables; las familias situadas en el centro tienen fronteras claras siendo éstas las que mejor logran sus objetivos. Así que los extremos escalares son los que tienen mayores comportamientos patológicos en uno o más miembros del sistema familiar. Cabe mencionar la organización de la familia cambia inevitablemente con el tiempo.

2.- El control interno y adaptación a él.

La necesidad de adaptarse a través de la retroalimentación (feed back) va en razón del control del estado del organismo o entorno en su relación mutua, en su control se utiliza: la homeóstasis y retroalimentación.

3.- La energía

Se refiere a la comunicación del como fluye el sistema, sobre todo como viene la información si es desde afuera como actúa en el sistema, por ello, las familias son más que la suma de sus partes, donde se analiza cada una de sus partes en su interacción con los

demás miembros para preservar y salvaguardar a la familia donde perseveran en tradiciones, mitos, patrones, identidades y valores.

En la temática del Despertar Moral en Quiénes son nuestros hijos y Qué esperan de nosotros de los autores Mechen, Bartolomé y Melendo, Tomas; refieren que para lo que se puede exigir y lo que hay que lograr, destacan que los límites se deben de dar de forma razonada y de forma adecuada, según la edad de cada miembro, donde consideran a los límites como normas que no deben traspasarse y ser empáticos al respecto con los demás presentando delicadeza en el trato.

El Papa Juan Pablo II refería: “...mi padre no tuvo que exigirme a mí, porque se exigía mucho a sí mismo”.

L. R. Knost refería a razón de la familia: “Muchos creen que la crianza de los hijos se trata de controlar el comportamiento de los niños y entorno para que actúen como adultos, yo creo que se trata de controlar mi propio comportamiento y actuar como un adulto, los niños aprenden lo que viven y viven los que aprenden”

El autor Melendo, Tomas sugiere para no educar tan mal al respecto lo siguiente:

Flexibilidad a través de:

- Ser honestos
- Respetar la dignidad
- Darle valor al trabajo
- Conductas claras y límites
- Aceptar a cada uno como es
- Reconocer los deberes

- Respetar y validar el tiempo
- Respeto a la intimidad
- Escuchar con paciencia
- Fomentar la libertad responsable
- Generar confianza
- Darle valor al NO
- Dedicación para prever lo impensable
- Pedir ayuda a Dios (desde el marco de las creencias)
- Valorar a la familia

2.2.3.1. **¿Cómo miden sus prioridades y delegan sus cuidados?**

En algunas ocasiones nosotros como personas no buscamos apoyo porque pensamos que es nuestra obligación hacernos cargo de todos los cuidados del paciente, sin embargo, no nos damos cuenta que si tenemos que cumplir con tantas actividades la calidad con las que las hacemos disminuye. En este punto debemos preguntarnos ¿qué prefiero, cantidad o calidad? Probablemente su respuesta sea calidad. En este caso, entenderá que es mejor dejar a cargo de otras personas actividades sencillas que no comprometan el cuidado de su paciente pero lo liberen a usted de actividades que solo consumen su energía pero no son tan urgentes.

¿Cómo pedir ayuda? La familia es, frecuentemente, la principal fuente de apoyo. También lo son los amigos y vecinos. En nuestra cultura es común que los amigos, familiares y vecinos nos ofrezcan apoyo al saber que hay un enfermo en casa. Acepte toda la ayuda que le ofrezcan, puede escoger las cosas más sencillas de la lista y pedir las a las personas que

no son tan cercanas como los vecinos, e incrementar el grado de dificultad de la tarea con las personas más cercanas.

Otras fuentes de apoyo pueden ser los grupos de voluntarios de la institución de salud en la que se atiende su paciente. (Nancy Rangel-Domínguez, sin año, p. 15 y 16)

2.3. ¿Qué es el comportamiento suicida?

La persona suicida, presenta una personalidad extremadamente vulnerable, que la conduce a un comportamiento voluntario autodestructivo contra su propia vida-existencia. Es una personalidad que se encuentra en grave riesgo social –perdida de la vida- y que con su comportamiento autodestructivo afecta profundamente al grupo familiar, social y cultural. (Marchiori, Hilda. 1998, p. 35)

2.3.1. Características de las Personas con Conductas Suicidas:

Teoría de Beck

Los pacientes con tendencias suicidas muestran pensamientos negativos y creencias disfuncionales.

Teoría de los constructos personales de Kelly

La realidad es independiente a la interpretación, tal interpretación orienta y condiciona el comportamiento. Es una manifestación de la depresión y de la construcción distorsionada de la realidad por defecto o por algún rechazo a la vida en particular.

Teoría del Comportamiento Suicida de Linehan

Es un déficit de habilidades para solucionar los problemas que se presentan diariamente y que pueden derivar otras problemáticas.

El comportamiento suicida evoluciona a la par de la sociedad, por lo que todas las disciplinas relacionadas a la salud mental, deriva de los cambios del contexto, generados por las condiciones individuales, sociales, culturales, demográficas en las que se presenta el comportamiento suicida. Una de las características que podemos encontrar en las conductas suicidas son: desesperanza, ideación de muerte, ideación suicida, estructuración del plan suicida, intentos suicidas y suicidio consumado. (Castillo, Corona. Maricruz, 2008)

2.3.2. Estigmas y Temores sobre el Suicidio:

Estigma por asociación, sucede cuando la comunidad extiende actitudes y asociaciones negativas hacia los amigos, miembros de la familia u otros vinculados a la persona estigmatizada, incrementando el estrés y disminuyendo la calidad de vida en estas personas, e inclusive alejándose del núcleo familiar o social para evitar dicho estigma (Van der Sanden, Pryor, Stutterheim, Kok & Bos, 2016).

La vergüenza y estigma significa lo difícil que resulta hablar sobre el suicidio de su ser querido y su dolor, por temor a ser juzgados o incomprendidos, al tener dificultades para relacionarse con sus redes de apoyo, el estigma posterior a un suicidio está fuertemente correlacionado con duelo complicado, depresión e ideación suicida. (Cvinar, 2005; Feigelman, Gorman & Studies, 2009).

El miedo sufrido por la familia por el intento suicida, de uno de sus miembros del grupo familiar genera miedo a su reiteración del comportamiento suicida, preside saber ¿cómo

queda la persona que intentó quitarse la vida? El impacto social que genera a su alrededor también para el familiar así como en lo laboral y educativo pone prejuicios que especulan en los esquemas mentales donde repercuten y generan gran dolor y confusión en desconocer el proceder ante tal enfrentamiento.

La desprotección y la alta gravedad de la conflictiva mirada como el suicida, como oscuro y sin respuesta social y familiar, presenta y agrava esa vulnerabilidad en una determinación autodestructiva. (Marchiori, Hilda, 1998, p. 9).

2.3.3. Esquemas Mentales ante Conductas Suicidas:

Existen pensamientos fluctuantes y actitudes ambivalentes hacia si mismos y los demás. Presentan falta de propósitos para estabilizar sus actitudes y emociones.

Incapacidad de mantener estables sus procesos de pensamiento. Dificultad para aprender de las experiencias pasadas, carecen de un sentido estable de quienes son, pensamientos anticipatorios de abandono, inestabilidad y falta de procesamiento en valores, elección de carrera y objetivos a largo plazo, temor excesivo a que los desprecien, pensamientos dicotómicos en sus relaciones interpersonales (o es muy bueno o es muy malo), menor capacidad para procesar la información debido a sus problemas para centrar la atención y la pérdida consecuente de datos relevantes, locus de control externo (culpando a los demás cuando las cosas van mal), frecuentes auto reproches, autocastigos y autocríticas, pensamiento rígido, inflexible e impulsivo, se aburren fácilmente. (E. Caballo, Vicente, 2010, p. 146).

2.3.4. Emociones de las Personas con Conductas Suicidas:

El estado emocional propio de todos los suicidas se caracteriza por la angustia y desesperación que les resultan imposibles de controlar, este proceso psíquico comprendería: una alta vulnerabilidad, que produce un estado de indefensión, de extrema angustia existencial, una alta sensibilidad, inadecuado manejo de estrés, cambios caracterizados por alteraciones emocionales, mayor desequilibrio, ambivalencia, inestabilidad. Para Goppinger el suicidio se produce en el curso de una enfermedad psíquica, especialmente en la depresión, así como una personalidad anómala. Según, Stengel se expresan bajo un estado de estrés emocional por lo general las notas contienen expresiones de afecto, de rechazo, de venganza, confirmando la agresión hacia el medio social en la motivación del suicidio, apuntan a ciertas respuestas emocionales en las personas que han estado cerca de ellos, a menudo piden perdón y en otros mensajes culpan a la familia y a la sociedad. El daño emocional resultara desestructurante para el individuo por ello, las reiteraciones de las conductas suicidas por la carencia de una contención asistencial y existencial. (Marchiori, Hilda. 1998, p. 4,5).

2.3.4.1. Sentimientos del Cuidador:

Es importante conocer las emociones que presentan los cuidadores entre ellas presentan:

Rabia/Irritabilidad

Donde se muestran intolerantes, irritables, donde reaccionan explosivamente ante situaciones de poca importancia, mantienen un pensamiento pesimista ante la situación de cuidado, así también presentan dificultad para reconocer sus emociones como es la ira y el enojo.

Tristeza

Presentan pérdida de funcionalidad tanto en sus habilidades cognitivas, físicas, sociales donde se favorece estados de tristeza por periodos que posteriormente se tornan crónicos.

Culpa

El cuidador considera que las actividades que realiza no son adecuadas, presenta pensamientos fatalistas acerca de la forma en que desempeña su papel como cuidador, al recordar eventos pasados o actuales emocionalmente intensos que se deterioran en la relación con la persona que es cuidada, al dedicarse tiempo para sí mismo el cuidador siente que abandona a la persona cuidada de forma momentánea, el descuido de otras obligaciones familiares, laborales, o incluso sociales como cuidar de los hijos, ausentarse en el trabajo o abandonar a los amigos lo hace sentir culpables.

2.3.5. Factores de Riesgo en Conductas Suicidas:

En las personas en riesgo puede haber algunos *factores predisponentes*, como haber sufrido sucesos traumáticos en la infancia, tener una historia previa de intento suicida o de suicidio en la familia, mostrar un nivel alto de impulsividad/inestabilidad emocional o carecer de recursos de afrontamiento adecuados. Esta predisposición puede interactuar con ciertos *factores precipitantes*, como la fase aguda de un trastorno mental, los pensamientos suicidas. (Echeburúa, Enrique, 2015, p. 123)

- Factores biológicos: En la población general la conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, habiéndose encontrado bajos niveles de serotonina y de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que se habían suicidado. Además, existe una correspondencia directa entre bajos niveles de

la serotonina y escaso control de impulsos. Desde el punto de vista biológico, los factores relevantes en relación con la conducta suicida serían aquellos que reducen la actividad serotoninérgica.

- Factores psicológicos: Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobre generalización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo.
- Profesión: Existen profesiones con alto nivel de estrés en las que se constatan mayores índices de suicidio. El sector sanitario, el docente y las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado forman parte de estas profesiones de riesgo. El estrés laboral afecta a un 59% de la población (según el INE). Junto a algunos factores intrínsecos a cada profesión o la alta exigencia, se suma el escaso reconocimiento profesional y/o las críticas de los/as receptores.
- Situación laboral: La pérdida de empleo, más que la situación de desempleo, está también asociada al suicidio, por lo que debemos considerar el impacto que sobre las personas pudiera producir un despido, un desahucio u otras situaciones que supongan la pérdida brusca de un estatus. Los problemas en el trabajo figuran entre los principales factores de riesgo: acoso laboral y síndrome burnout.
- Psicopatología: La presencia de trastornos mentales es indicada como uno de los mayores predictores de intentos de suicidio cuyo riesgo aumenta cuanto mayor es el número de diagnósticos psiquiátricos comórbidos. Los trastornos mentales más frecuentemente asociados con intentos suicidas son trastornos del estado de ánimo especialmente depresivos aunque también bipolares, trastornos relacionados con

sustancias, trastornos de la personalidad, de ansiedad y esquizofrenia entre otros. Incluso se afirma que prácticamente todos los trastornos psiquiátricos tienen un riesgo suicida aumentado, exceptuando el retraso mental y la demencia. En cambio, hay estudios que si bien señalaron que los trastornos mentales se encuentran entre los más fuertes predictores de suicidio y de conductas suicidas. (López Steinmetz, Lorena Cecilia, 2017, vol. 11, no. 1)

2.3.6. Factores de Protección en Conductas Suicidas:

El modelo MODORIS (Modelo Dinámico de Ordenes del Riesgo del Suicidio) por Arenas Landgrave, Paulina (2021) propone lo siguiente:

- Generar capacidad de Planeación futura
- Valorar sentimientos de auto eficiencia y logros
- Proponer estrategias de afrontamiento funcionales
- Tener apoyo social efectivo
- Poseer animales domésticos
- Proponer creencias religiosas o espirituales
- Contar con apoyo familiar
- Estar en tratamiento médico y/o psicológico
- Mantener rutinas
- Seguir medidas de salud preventivas
- Estabilidad económica

2.3.6.1. **La Importancia de la Familia:**

Significado de la Familia:

¿Qué se necesita? Se necesita devolver el protagonismo a las familias, se necesita enseñar a “ser familia” se necesita hacer conscientes a los padres de que su papel en la educación de sus hijos y en la vida de la sociedad es de una trascendencia radical casi infinita y no puede ser realizado más que por ellos. Como yo les comento a los padres de familia: “como padres, nunca nos vamos a jubilar”, ¿Cómo hacerlo? Se necesita enseñar a las familias a ser auténticas familias. Esto es, que los hijos se realicen como personas, como seres acogidos como personas, ser aceptados tal cual son, permitir desarrollar en ellos la experiencia de volverse a equivocarse, de ensayar con honestidad e integridad, en mirar la virtuosidad humana en un crecimiento constante que se va puliendo en el bien para uno y para el otro, en lograr sensibilizar en salirse de sí, para poder sentir el dolor ajeno y poder aportar con caridad y misericordia las aptitudes y dones que su misma personalidad vaya desarrollando de manera conjunta al ejemplo vivido de los padres o de quienes le representan, como modelos a bien y para bien, y con ello, puedan conocer la verdadera libertad donde el hijo tome conciencia del valor casi infinito, sin miedos, enseñándoles a que la ejerzan de forma correcta sin agravio para sí y los demás; puntuando efectivamente un claro discernimiento hacia la diferencia entre sentimentalismo vs amor electivo, sin sobresaltar sus instintos límbicos corrigiendo al propio yo. Es aquí, donde nos detenemos para poder imperar la importancia de generar una autoridad razonable y bien razonada en ejercicio de dos vertientes:

- 1.- en saber escuchar a los hijos.

2.- en ser claros y precisos en las indicaciones.

Todo hijo tiene la necesidad de la autoridad, sobre todo, cuando se es niño o niña, por ende, como padres tenemos la misión de enriquecer a su persona, fomentar su creatividad, abrir sus mentes y ayudarles.

2.4. Características del Desgaste Emocional o Síndrome de Agotamiento:

El desgaste emocional es un estado de agotamiento físico, emocional, y mental, causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado. El ser cuidadora o cuidador representa un evento estresante y cargado de tensión emocional. (Manzano, 2008, 2007 y 2002).

La relevancia central del agotamiento es que este es un proceso más que un estado, siendo progresivo con acumulación por contacto intenso y continuado, este proceso lo define Savio, 2008 así:

- Exposición gradual al desgaste
- Desgaste del idealismo o sentido enriquecedor de la praxis
- Modificación en la percepción de logros
- En casos extremos manifestación de violencia y abuso dirigido a quien se cuida

Los síntomas observados en los y las cuidadoras pueden verse en:

- Físicos: fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, impotencia, problemas gastrointestinales, entre otros.
- Emocionales: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, etcétera.
- Conductuales: agresión, actitud defensiva, cinismo, abuso de sustancias, etcétera.

- Relacionados con la actividad: olvidos frecuentes en actividades sencillas, falta de retención, manifestaciones de violencia, etcétera.
- Interpersonales: pobreza en la comunicación, aislamiento, resentimientos, etcétera.

2.4.1. Factores de Protección ante el Desgaste Emocional:

Como se trata de un síndrome con grandes características psicológicas se deben detectar y proceder ante las fuentes de estrés directamente con el cuidador, tanto de forma personal, sus interacciones sociales, vida laboral y sobre todo con su organización familiar. En el plano individual se puede proponer generar el entrenamiento en la solución de problemas, asertividad, y en el manejo del tiempo libre. (Van Dierendonck, D., Schaufeeli, W. Buunk, B. 1998).

Se proponen:

- Tomarse un tiempo fuera de las actividades y del espacio en donde se desempeñan las tareas del cuidador.
- Llevar a cabo prácticas de relajación en pequeños descansos a lo largo de la jornada.
- Realizar actividades entre tiempos que sean placenteras para el cuidador.
- Generar fuentes que inciten a la motivación que siembren sentido de vida y significado para el propósito de quien se cuida.
- Procurar tener momentos o medios que faciliten la risa, para establecer el buen humor.
- Establecer objetivos cuya consecución sea factible.
- Fortalecer los vínculos interpersonales del cuidador tanto en el personal como en lo profesional, permitirles hacer catarsis.

- Fomentar sistemas de apoyo y solicitar la ayuda profesional en participación en procesos psicoterapéuticos, individuales o de grupo o su inclusión en grupos de ayuda mutua para cuidadores.

2.4.1.1. Manejo del Riesgo Suicida:

Comienza cuando se llega a un entendimiento compartido con la persona sobre que llevó en el pasado a las conductas suicidas y qué llevó al pensamiento suicida actual. Para ello es importante evaluar el riesgo suicida, tomar decisiones al respecto y generar un plan de seguridad individual/familia.

2.4.1.2. Plan de Seguridad en el Manejo del Riesgo Suicida:

El Modelo MODORIS (Modelo Dinámico de Ordenes del Riesgo del Suicidio) propone identificar seis pasos básicos para hacer un plan de seguridad en el manejo del riesgo suicida desde el primer nivel de atención².

- 1.- Restringir o reducir el acceso a medios letales.
- 2.- Generar estrategias de solución no suicidas donde se pretende reducir factores de vulnerabilidad y/o aumentar la tolerancia al malestar.
- 3.- Activar o buscar red de apoyo.
- 4.- Generar una frase de afrontamiento.
- 5.- Identificar formas de resolver problemas para llevar a cabo el plan.
- 6.- Generar compromiso para mantenerse con vida.

² Primer nivel de atención: UNEMES, Unidades Moviles, Casas de Salud y CAPAS.

Se considera que el orden de estos puntos puede variar.

Intervención con los cuidadores en el Manejo del Riesgo Suicida.

El punto es identificar los elementos esenciales de las intervenciones psicosociales para los cuidadores de una persona que tiene riesgo suicida de la siguiente manera:

- 1.- Validar las emociones de los cuidadores.
- 2.- Orientar sobre la comunicación efectiva.
 - a) Psicoeducar sobre el suicidio.
 - b) Sensibilizar sobre los mitos.
 - c) Validar emociones.
- 3.- Promover la restricción de medios de manera colaborativa.
- 4.- Reforzar el compromiso y aclarar dudas.

2.5. Características del Autocuidado:

Es importante que las personas que cuidan de un familiar enfermo también cuiden de sí mismos, ya que de esta forma evitarán enfermar y convertirse a su vez en un paciente, ya sea por complicaciones de una enfermedad pre-existente o por el desarrollo de una enfermedad como resultado de un escaso autocuidado. Además cuidarse da la posibilidad de cuidar mejor de su familiar. Algunas sugerencias para el autocuidado son:

- Tome algunos minutos del día para descansar. Puede hacerlo mientras va en el transporte o cuando su paciente está dormido. Dedicar 15 o 20 minutos al día a su descanso puede favorecer su estado de salud física y mental.

- Realice actividades que sean de su agrado (leer, salir a caminar, bordar, tejer, ver la televisión). Algunas de estas actividades puede compartirlas con el paciente, así ambos tendrán un tiempo de distracción y pueden mejorar su relación.
- Procure alimentarse adecuadamente. Evite saltarse comidas.
- Realice algún ejercicio sencillo (caminar, correr, bailar). No es necesario que dedique mucho tiempo a esta actividad. Puede hacerlo durante 15 o 20 minutos al día. Si es posible incluya a otros miembros de la familia, de esta forma también los demás cuidarán de su salud.
- Pase tiempo con otros miembros de su familia (hijos, pareja) haciendo cosas que les gusten. Pueden realizar actividades sencillas como dibujar, juegos de mesa o simplemente platicar. Esto les permitirá fortalecer su relación al tiempo que descansan de los cuidados al paciente.
- Si no le es posible dormir por un tiempo largo, tome algunas siestas. Puede aprovechar el tiempo que su paciente se encuentra acompañado por alguna visita de confianza o incluso cuando su familiar también duerme.
- Si usted también está enfermo no descuide sus medicamentos. Si es posible inclúyalos en la rutina de atención a su paciente (tome sus medicamentos cuando lo haga su paciente)
- Procure no descuidar su arreglo personal. Realice actividades sencillas que mantengan y favorezcan su autoimagen como intentar un nuevo peinado, maquillarse, usar ropa que le agrade, etc. Esto ayudará a que el impacto negativo sobre su autoestima sea menor.
- Busque y participe en grupos de apoyo a cuidadores

- Realice actividades de relajación. Se mostrará un ejemplo de un ejercicio de respiración sencillo y posible de realizar en casa en el plan de intervención.
- Conozca y ejerza sus derechos como cuidador.

(Rangel-Dominguez, Nancy, sin año, p.18 y 19)

2.6. Métodos de Autorregulación Emocional (herramientas de apoyo):

Teoría Biosocial

Propone Gardner Murphy una manera de poder comprender sobre la historia de aprendizaje, como una persona maneja una relación de retroalimentación mutua en:

1.- la vulnerabilidad emocional (hace referencia al temperamento, a la forma del sistema nervioso responde ante eventos estresantes) Ambiente de conductas invalidantes es castigada o no está permitida lo vuelve vulnerable en tres características:

a) mayor sensibilidad (sienten las emociones más intensas).

b) mayor reactividad (responder más rápido).

c) dificultad para retornar a un estado de calma (ya generada la emoción, para las personas es más difícil restaurar el estado de calma).

2.- Ambiente de conductas invalidantes, esto es que no permite y no enseña a salir a una experiencia emocional, sucede mucho en abusos o violencia (ignorar la experiencia emocional, cuando existe burla sobre la experiencia emocional, o se responde agresivamente ante tal experiencia).

El resultado de estos dos puntos genera:

- Rechazo de las propias emociones
- Tristeza crónica, ansiedad e ira
- Conductas auto/hetero agresivas
- Conductas auto lesivas (cortes- quemaduras)
- Ideación suicida
- Conductas suicidas

Estas formas son las únicas que conocen y están presentes en su historia de la persona en manejar el malestar. (Quant, Quintero. Diana Melissa, 2018) por lo que los métodos que se proponen serán de manejo de inteligencia emocional de Daniel Goleman precisados en el desarrollo de la metodología de este proyecto de investigación.

2.7. Psicoterapia con Manejo Integrativo:

La psicoterapia integrativa, adopta una actitud hacia la práctica de la psicoterapia que declara el valor inherente de cada individuo. Es una psicoterapia de unificación que responde de forma apropiada y eficaz a la persona, en el plano afectivo, conductual, cognitivo y fisiológica de su funcionamiento; también trata la dimensión espiritual de la vida. El termino integrativa se refiere al proceso de integrar la personalidad, assimilar aspectos no consientes o no resueltos de uno mismo y hacerlos parte de una personalidad cohesionada, reduciendo los mecanismos de defensa que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la solución de problemas, en el mantenimiento de la salud así como las relaciones entre los demás, con el fin de reincorporarse al mundo. La psicoterapia integrativa tiene como funcionamiento el enfoque psicodinámico, el enfoque centrado en el cliente, el conductual, el cognitivo, la terapia familiar, la terapia Gestalt, las psicoterapias

corporales, las teorías de las relaciones objéctales, la psicología psicoanalítica y el análisis transaccional dentro de una perspectiva de sistemas dinámicos. Las intervenciones psicoterapéuticas que se emplean en psicoterapia integrativa están basadas en las investigaciones sobre el desarrollo evolutivo y en las teorías que describen las defensas auto protectoras utilizadas cuando se producen interrupciones en un normal desarrollo. El objetivo de la psicoterapia integrativa es facilitar tal plenitud, que la calidad del ser de la “persona” y su funcionamiento en las áreas intrapsíquica, interpersonal, y sociopolítica, se potencia al máximo con la debida consideración hacia los propios límites personales y restricciones externas de cada individuo.

2.7.1. Sesiones Terapéuticas a través de Grupos de Apoyo:

2.7.1.1. Antecedentes:

Existen diferentes Teorías de grupos, en específico en el apoyo emocional, dentro del programa a nivel nacional para la prevención del suicidio tienen como función: grupos de integración, concentración, contención y alfabetización en salud mental.

Su propósito es velar por el bien común, reconocer los límites del grupo, uno de ellos es la confidencialidad, pueden ser grupos abiertos, considerar las contribuciones de cada miembros, debe contar con medios para confrontar los descontentos (es común escuchar catarsis), tienen que ver con el bienestar y con la psicoeducación (directiva, pedagógica y contener), resolver dudas e inquietudes, entregar herramientas con base a la evidencia actual con respecto a cada tema, considerando comorbilidad y factores de riesgo ante conductas suicidas.

La psicoeducación permite adherir a los miembros a través de la información sobre aquello que desconocen, así como compromiso terapéutico. Genera el aprendizaje vicario donde cada uno de los miembros puede aprender uno de otros de sus propias experiencias y genera motivación para pedir soporte emocional. (Molina, Pizarro. Cristian, 2018)

2.7.1.2. Manejo de Grupos de Apoyo en Línea:

Desde al menos en 1982 internet ha proporcionado un lugar para grupos de apoyo. Al analizar los grupos de apoyo de autoayuda en línea señala Martha Ainsworth que el potencial de la comunicación mediada por computadora permite generar discusión y aportes a temas personales y delicados. Esto es, que pueden ayudar a personas aprender cómo encontrar y usar información. Los psicólogos llaman a esto cohesión grupal alta, y es el pináculo del logro grupal. Varios estudios han demostrado la importancia de Internet para brindar apoyo social, particularmente a grupos con problemas de salud crónicos, especialmente en casos de dolencias poco comunes, un sentido de comunidad y comprensión a pesar de las grandes distancias geográficas pueden ser importante, además de compartir el conocimiento. Los grupos de apoyo en línea, las comunidades en línea para aquellos afectados por un problema en común, se brindan información, según Henry Potts del University College London “un recurso pasado por alto para los pacientes” muchos estudios han analizado el contenido de los mensajes mientras que lo que importa es el efecto que la participación en el grupo tiene sobre el individuo. (Ainsworth, Martha, 2008).

Capítulo III

3. Metodología:

3.1. Contexto:

Esta investigación se llevó a cabo en el área personal home office de la autora de este proyecto en la ciudad de Puebla durante los meses de junio, julio y principios de agosto del año 2022.

La siguiente investigación fue realizada con los familiares cuidadores que en su caso fueron: madres, padres y esposas de aquellos pacientes egresados con conductas suicidas del hospital de especialidad que se encuentra en el suroeste del Estado de Puebla, dicho lugar ofrece a la comunidad de forma pública atención de tercer nivel en las áreas de consulta externa y hospitalización los 365 días del año, por lo que se consideró este contexto como base para incluir de forma referencial a los cuidadores primarios que requerían un manejo grupal con estas características y brindarles el apoyo emocional. Esto se observó tras pasar los años, ya que la autora de este proyecto labora en dicho lugar desde tiempo atrás, notando como base primordial la gran necesidad que presentaban aquellos familiares por ser tratados de forma independiente al paciente para poder psicoeducar así como brindar ayuda emocional ante dicho sufrimiento, es por ello, que nace la inquietud por formar grupos homogéneos con el fin de coadyuvar a su manejo ya egresado el paciente de dicho hospital y poder continuar el manejo con los familiares cuidadores ante dichas necesidades. El fin de este tipo de diseño es que sirviera como estudio exploratorio, ya que se acerca al problema de investigación a la realidad, obteniendo de este modo otros caminos para realizar estudios más profundos.

3.2. **Sujetos:**

Se estudió una población de 10 familiares cuidadores de aquellos pacientes egresados quienes estuvieron hospitalizados y que contaban con características de conductas suicidas.

El género de la muestra fue de 70% femenino y 30% masculino.

Las edades de prevalencia promedio fueron de 50 años de edad.

Los lugares donde residían los familiares cuidadores y pacientes eran en su mayoría municipios del Estado de Puebla como San Lorenzo Almecatla, Santa Rita Tlahuapan, Nauzantla, 4 residían en la ciudad de Puebla; así como en San Andrés, Cholula y San Pablo Xochimehuacán, Tlaxcala.

3.3. **Investigación Realizada:**

Para llevar a cabo este estudio se efectuó lo siguiente:

- Se agendaron las actividades a la población en los meses de junio, julio y principios del mes de agosto del año 2022, por espacio de seis sesiones por semana, donde cuatro de ellas se subdividían en dos días para brindar dos horas por noche en metting, el resto de horas (2 horas) en aplicación de escalas y material didáctico visto y adicional.
- Se investigaron las escalas de medición de corte cuantitativo para la realización de las evaluaciones como pre-test y posteriormente plantearlas como post-test para conocer las necesidades que presenta la población estudiada. Por lo que se adjuntan

estos instrumentos de evaluación así como el registro de asistencia de los participantes.

Instrumentos de evaluación:

- Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.
- Escala de Desesperanza de Beck.
- Registro de asistencias.

A continuación se describen los instrumentos de evaluación:

3.3.1. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

Antecedentes:

Es una escala que mide la sobrecarga del cuidador evaluando dimensiones como es la calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente a quien se cuida. Esta escala fue desarrollada por Zarit y sus colaboradores.

Administración:

Su aplicación puede ser individual o grupal.

Las instrucciones vienen en la parte superior de la hoja indicando que se debe elegir una opción de las 5 opciones de la escala por cada pregunta, constituida por 22 reactivos. No hay límite de tiempo, la mayoría de los sujetos completan la escala entre 10 o 15 minutos, sin embargo el tiempo puede variar. (Ver Apéndice A en Anexos).

Calificación:

La escala de 22 reactivos constituye la única porción de la prueba que puede calificarse objetivamente. El puntaje es con cada respuesta donde se obtiene una puntuación de 1 a 5, luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Donde este resultado clasifica al cuidador en:

Ausencia de sobrecarga	≤46
Sobrecarga ligera	47-55
Sobrecarga intensa	≥56

- El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa.
- El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador, por lo cual se debe indicar.
- La ausencia de sobrecarga, requiere monitoreo, sobre todo ante aumento de los requerimientos de cuidado

Confiabilidad:

La escala que mejor determinó la sobrecarga del cuidador en atención primaria es la Escala De Bédard de Cribado con una sensibilidad del 81,58%, una especificidad del 96,35% y unos valores predictivos positivos de 75,61% y negativo de 97,42%.

Validez:

En validez de criterio EZ muestra alta correlación con instrumentos afines ($r=0,71$ con índice global de carga $r=0,41$) con inventario breve de síntomas. También se relaciona estrechamente con detección de otras patologías, principalmente en salud mental.

3.3.2. Escala de Desesperanza de Beck (BHS).

Antecedentes:

Está basado en el modelo de tres factores: afectivo, motivacional y cognitivo. Esta es una escala diseñada por Beck y sus colaboradores con el objetivo de contar con un instrumento útil que permita detectar el pesimismo y actitudes negativas hacia el futuro de pacientes con depresión y riesgo de suicidio, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir éxito en su vida.

Administración:

Su aplicación puede ser a nivel individual, grupal o auto administrada.

Es una escala breve que consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta (verdaderas o falsas) y su aplicación tarda entre 5 o 10 minutos aproximadamente. (Ver Apéndice B en Anexos).

Calificación:

Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto y los que no, con 0 puntos, siendo el puntaje máximo de 20 puntos.

Beck y Steer han propuesto para su interpretación la siguiente escala de puntajes: de 0-3 es un rango normal o asintomático; de 4-8 es un rango leve, de 9-14 es un rango moderado y de 15-20 es un rango severo. Se ha observado que un puntaje mayor a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida.

3.3.3. Registro de Asistencias.

Antecedentes:

Se elaboró un registro de asistencias ex profeso para este trabajo de investigación con el propósito de registrar las asistencias de los participantes y con ello, obtener mayor sustento en los resultados.

Administración:

El registro consiste en tener en Word el registro de asistencia total de los participantes en cada sesión. (Ver Tabla 1 en Anexos).

Calificación:

Se realiza un análisis cualitativo con el fin de conocer las asistencias por sesiones en cada una de las actividades realizadas.

Continuando con la Investigación Realizada:

- Se analizó el tipo de estudio que se realizaría con este proyecto de investigación proponiéndolo de corte cuantitativo y cualitativo desde un marco mixto. Dentro de la fase cuantitativa, está basado en un diseño de investigación pre-experimental con un grupo pre-prueba y post-prueba. (Campbell. Stanley, en Hernández. Sampieri, 1998). Dentro de la fase cualitativa, se pretende realizar la descripción de las actividades y el análisis del contenido.
- Se realizó la solicitud de permiso de forma externa a los cuidadores primarios o familiares cuidadores de los pacientes egresados de dicho hospital.

- Se creó un grupo de WhatsApp nombrado: grupo de apoyo emocional, donde se fueron incluyendo cada uno de los participantes, ya con su permiso otorgado de cada uno.
- Se realizó en home office los enlaces con los participantes quedando en conformidad en horario nocturno para las sesiones, mismas a consideración de sus actividades personales.

Capítulo IV

4. Plan de Investigación:

4.1. Elaborar la propuesta o programa:

La elaboración del siguiente programa pretende dar sentido a la investigación-acción en la implementación psicoeducativa de los participantes, quienes son, en este caso, los cuidadores primarios que en la práctica colaborativa, a través de las sesiones propuestas en el cronograma (Ver en Anexos) y el plan de intervención (Ver en Anexos) desarrolladas puedan generar soluciones para ayudar a conocer las características de las conductas suicidas, que detecten el desgaste emocional generado por el desconocimiento y omisiones en su manejo para la mejora en su calidad de vida que permita crear fuentes de auto apoyo ante situaciones de crisis y con ello la intervención adecuada bajo el conocimiento de los factores de riesgo y protección brindadas; se propone el manejo sensible y empático a través de la autorregulación emocional, así como la implementación de herramientas de apoyo desde el manejo psicoterapéutico de forma integrativa formando grupos de apoyo en línea con el fin de elaborar un bien común.

4.2. Objetivos:

Los objetivos pretenden contestar las preguntas de investigación en curso, permitiendo detectar las necesidades presentadas ante los cuidadores primarios, permitir saber su cosmovisión personal a razón de lo que sucede con sus familiares que han tenido comportamientos suicidas y que han llevado intervenciones oportunas hospitalarias de forma integrativa y profesional; con los fines de mejorar sus propias prácticas generando

conocimientos y adecuado manejo emocional hacia ellos mismos y evidentemente a su propio entorno. Se pretende brindar beneficios ante la resolución de problemas, mejorando la educación a través del cambio ante cada realidad presentada, sobre todo, comunicada y comprendida con cada participante de forma grupal.

4.3. Estrategias:

Inicialmente se pretende realizar este abordaje desde una mirada sana y sensible, se incluye en este plan integrar elementos esenciales como es “la persona” con fundamento de gran importancia de cada materia impartida en Edufamilia como perfil humanista –mirar al doliente como es, una persona con su esencia- con el lema: “ayúdame a entenderme, ayúdame a entenderte” para posteriormente considerar el tratamiento en la evaluación inicial y final de la intervención grupal en la aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y Escala de Desesperanza de Beck (BHS), el manejo psicoeducativo en cada sesión brindada vía online, la incitación reflexiva y compasiva en la participación de cada persona como cuidadores identificándose y observándose a través del otro; la retroalimentación continua con el fin de sembrar el hábito del acto para invitar al cambio actitudinal y comportamental. Estas acciones estratégicas permitirán enfrentar las problemáticas presentes y desarrollar en cada participante en crear soluciones colaborativas con un proceso creciente de cambio.

4.4. Acciones:

La función de gran importancia ante este plan de acción, se torna en integrar un cambio integrativo en la práctica, esto es, que cada participante pueda tener como recurso personal las herramientas necesarias con las que se pueda auto-apoyar y le permitan

resolver problemáticas presentes. Como se mencionan en cada intervención planteada que las acciones hagan co-participe al cuidador primario en mejorar su calidad de vida en el enfrentamiento de cualquier problemática que le genere un desgaste emocional ante el cuidado de un familiar con conducta suicida y también incitar a la cooperación mutua siendo flexibles en la suma de redes de apoyos como son unidades especializadas como sucede en hospitales psiquiátricos, brigadas de apoyo en salud mental vía presencial, telefónica u online, así como a través de este proyecto de investigación proponiendo grupos de apoyo emocional de cuidadores primarios ante este contexto.

4.5. Recursos:

Se procede ante esto, con recursos humanos como sucede con los participantes que en este caso fueron diez cuidadores primarios vía online, la psicóloga tratante y organizadora de este plan; el uso de recursos materiales como son las videoconferencias de Edufamilia³, videos de YouTube de aportaciones del modelo MODORIS⁴, lecturas propias de la maestría y el diplomado de especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida en la red de servicios de salud, todo esto, a través de uso de laptop, celular, internet, haciendo uso de aplicaciones de Word, Power Point, Excel, PDF, Zoom, YouTube y WhatsApp.

³ Institución de educación superior en Málaga, España, lugar donde se brinda la Maestría en Ciencias para la Familia. Nacida en el año 2005. Su fundador Tomas Melendo Granados pretende lograr la excelencia de la sociedad a través de la mejora de la familia.

⁴ Modelo Dinámico de Ordenes del Riesgo del Suicidio, siendo un modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes.

4.6. **Tiempos:**

Ante las realidades constantes que se presentan dentro de la familia de cuidadores primarios con pacientes con conductas suicidas, egresados del hospital psiquiátrico que se encuentra en el suroeste de la ciudad de Puebla se realizó durante un periodo de tiempo de diez semanas con un total de 18 sesiones en línea de forma grupal. El envío de material trabajado fueron los links de enlaces, material trabajado en cada app (Word, Power Point, YouTube) es brindado dos veces por semana, donde se invirtió una hora por cada día; en total se abordaron 36 sesiones incluyendo el envío de material con un total de 54 horas (3240 minutos) durante los meses de junio, julio y las dos primeras semanas de agosto del año 2022.

Capítulo V

5. Presentación de Resultados:

5.1. Introducción:

El objetivo general de la investigación-acción en este proyecto, fue el de generar ayuda precisa y lo más humana posible, a los cuidadores primarios de pacientes con conductas suicidas ante su desgaste emocional desde una intervención integrativa.

Con ello, se presentan los siguientes resultados divididos en dos partes:

- 1.- Resultados cuantitativos.
- 2.- Resultados cualitativos.

5.2. Resultados Cuantitativos:

Se presentan los promedios estándares en la escala de valoración de sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit) pre-test y post-test (ver Tabla 2 y Tabla 4 en Anexos); así como el de la escala de valoración de Desesperanza (Escala de Beck) pre-test y post-test (ver Tabla 3 y Tabla 5, en Anexos).

De la población total de la muestra de estudio que fueron 10 cuidadores primarios, a razón de la valoración de la escala de Zarit, se obtuvo un promedio de 2 cuidadores con sobrecarga intensa, 2 con sobrecarga ligera y 6 con ausencia de sobrecarga del cuidado en un inicio (resultados pre-test), posteriormente se obtuvo un promedio de 2 cuidadores con sobre carga ligera y 8 cuidadores con ausencia de sobrecarga del cuidado al término de las sesiones (resultados post-test).

En cuanto a la población total de la muestra de estudio siendo los mismos 10 cuidadores primarios, a razón de su valoración de la escala de Desesperanza de Beck, se obtuvo inicialmente en el pre-test un promedio en el rango normal de 1 cuidador primario, 7 cuidadores en el rango leve, 1 en el rango moderado y 1 en el rango severo. En los resultados del post-test se obtuvo: ningún cuidador en el rango normal, 5 cuidadores en el rango leve, 5 cuidadores en el rango moderado. Donde no hubo ninguno en el rango severo posterior a la aplicación de las sesiones en línea.

En cuanto a la asistencia presentada en las sesiones grupales, se obtuvo en estas 18 sesiones realizadas vía online un promedio total de 8 participantes que se presentaron con mayor frecuencia (Ver Tabla 1, en Anexos).

5.3. Resultados Cualitativos:

De los resultados del pre-test y post-test de la Escala de sobrecarga de Zarit, de la muestra de los 10 cuidadores primarios se observó relevantemente en cada ítem tomado de Breinbauer, H; Vásquez, H; Mayanz, S; Guerra, C; Teresa Millán, «Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada» Rev Med Chile; 137; 657-665, 2009 que la mayoría piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente, que tienen miedo por el futuro de su familiar, piensan que su familiar los consideran como la única persona que le pueden cuidar, piensan que no serán capaces de cuidar a su familiar por mucho más tiempo, sienten que han perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar, piensan que deberían hacer más por su familiar y piensan que podrían cuidar mejor a su familiar.

De los resultados del pre-test y post-test de la Escala de Desesperanza de Beck, de la muestra de los 10 cuidadores primarios se observó relevantemente en cada ítem tomado de Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. Consult J Clin Psychol. 1974, 42(6): 861-865, que la mayoría expresó que no pueden imaginar cómo serán sus vidas dentro de 10 años, que no tienen bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisieran poder hacer, que no esperan más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio, no logran hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que puedan en el futuro, **no esperan conseguir lo que realmente desean, y que las cosas no marchan como ellos quisieran** (estas dos preguntas todos la respondieron de esta forma).

5.4. Conclusiones:

Lo más importante que se encontró en el desarrollo del proyecto fue el gran interés que mostraron cada uno de los cuidadores primarios o familiares cuidadores cuando se les anunció este proyecto, por esa razón se realizó a solicitud de su mayoría de forma pronta. Por otro lado, cuando se retroalimentaba con cada uno de ellos, mostraron una plena identificación para con el otro a razón de su sentir y vivir, pues también revelaban sus experiencias de forma que podían considerar los aspectos que cada uno anunciaba.

Las ventajas de esta propuesta se muestran en el alto grado de importancia que se puede implementar en la aplicación de programas o talleres de forma grupal en línea, donde se puedan apoyar a los cuidadores primarios ante familiares que cuidan y presentan conductas suicidas y que han tenido atención especializada.

Como áreas de oportunidad, se destacan los efectos que producen las alternativas propuestas en este estudio, donde se tomaron como base las teorías que facilitan el trato humano, promoviendo en los cuidadores primarios, una mejor calidad de vida a través de un enfoque integrativo donde se trabajó lo más sano de la persona considerando una actitud interesada por parte de los participantes como eje de cambio, con el fin de modificar de forma positiva en cada intervención, el favorecer a la familia hacia la identificación de sus necesidades, el conocimiento del padecimiento, el autoconocimiento y manejo de las emociones, el reconocimiento de su interpretación de la realidad ante cada conducta, la promoción y aportación de herramientas de apoyo en su autocuidado para su bien vivir.

Dentro de los aspectos metodológicos que se desarrollaron, se incluyen, el cronograma y el plan de intervención, los cuales han permitido coadyuvar a los tiempos de cada sesión brindada, así como para la elaboración en la planificación de temas a tratar con el material requerido, mismo que sostiene el aporte necesario para su mejora en la práctica, la cual permitió un progreso en la educación personal de cada participante y el poderse reproducir con el resto de sus miembros familiares, facilitando la ayuda mutua y no quedarse como personas únicas para el cuidado del doliente, sino más bien, generando fuentes de apoyos viables que también empaticen con ellos ante sus necesidades.

Los beneficios y alcances obtenidos se observaron al promover el apoyo grupal en línea para cada familia cuidadora o cuidador primario, donde se fundamentó en generar espacios que permitan mejorar el estado anímico, físico, cognitivo, familiar, económico, social, laboral, escolar donde cada miembro de la familia aprendía a manejar el cuidado de familiares con comportamientos suicidas, donde se pueda notar la dedicación del tiempo para cuidar de sus familiares ya que les abarca atención en su manejo y recurrir a

tratamientos para su mejora, pues existen estigmas y prejuicios importantes en temores por desconocimiento del padecimiento, por lo que se fundamentaron las sesiones en aportar la psicoeducación al respecto.

En los resultados de las escalas se apreció que al admitir que los cuidadores ponen esmero y empeño dedicado al doliente, va junto a sentir la sobrecarga al postularse como únicos para la mejora y pensar en la necesidad de dar más de sí, donde se abordó la reubicación en las sesiones a través de límites y roles que se generan en la familia mismo que se compartió en beneficio del doliente y de quienes lo cuidan, pues sentían la pérdida de control de sus propias vidas tras el cuidado temiendo lo que le pudiera pasar a futuro al distorsionar la realidad.

A razón de los sentimientos y pensamientos de desesperanza en la escala de Beck mostraron esquemas mentales distorsionados donde manifestaron su dificultad para visualizarse dentro de 10 años al tener un plan de vida personal sin la persona que cuidan, pues también se han limitado en no darse el suficiente tiempo para hacer aquello que desean y necesitan cubrir para sí mismos, y por ello se suma la desesperanza en la frustración constante al no esperar cosas buenas de la vida que por lo regular la gente promedio tiene y las creencias esperanzadoras merman al verse limitados por el futuro ante ello, y eso como gran consecuencia se detectó que no esperan conseguir lo que realmente desean y que las cosas no marchan como quisieran que fueran en sus vidas produciéndoles un dolor constante.

Como factor relevante es la creación de esta propuesta, ya que hasta ahora no se había tenido la creación de un grupo en línea con las características de cuidadores primarios con pacientes egresados de un hospital de especialidad con conductas suicidas de forma

homogénea, lo que sugiere que en lo subsecuente se pueda considerar a este proyecto de investigación como un medio objetivo que permita que ante las necesidades de cada familiar cuidador, se les pueda proporcionar tal apoyo, ya que si bien, como se habían mencionado desde un principio con la pandemia actual donde se ha reducido o quitado sesiones grupales presenciales en las instituciones: ¿por qué no hacerlo a través de los medios tecnológicos como es, el uso de internet? Así también lo que referían los cuidadores primarios era, el hecho de vivir en regiones lejanas a las instituciones de especialidad, las cuales por cuestiones de distancia así como de tiempos por actividades que ellos disponían, tal es el caso de su vida laboral, se comprendían y se hacían de forma nocturna dos veces por semana. El gran beneficio estriba en la aportación de la información así como el soporte emocional, pues se opera un aumento en la demanda de asistencia de los cuidadores primarios hacia el servicio psicológico, por lo que este proyecto contribuiría a su apoyo ante su desgaste emocional desde esta intervención integrativa propuesta.

Referencias

Ainsworth, Martha, (2008).Terapia electrónica: historia y encuesta, grupo de apoyo en

Línea. [www.http://psicologosenlinea.net](http://psicologosenlinea.net)

American Psychological Association. (2020). Guía Normas APA séptima edición.

<https://normas-apa.org/>

Arenas Landgrave, Paulina. (2021). Identificación y manejo de riesgo: Plan de seguridad colaborativo y orientación para familiares ante una situación de crisis, videos de la OPS-OMS.

https://www.youtube.com/watch?v=3Ren0kNNNPE&feature=emb_imp_woyt

Arenas Landgrave, Paulina (2021).Modelos de aproximación al suicidio, factores asociados al riesgo de suicidio y prevención desde MODORIS y manejo del riesgo suicidio, videos de la OPS-OMS.

<https://www.youtube.com/watch?v=Z3fZuKBjtoE>

Bayer Cono Sur, sin año. El Autocuidado y sus beneficios para la salud pública.

<https://www.conosur.bayer.com/es/el-autocuidado-y-sus-beneficios-para-la-salud-publica>

Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. Consult J Clin Psychol. 42(6): 861-865

- Breinbauer, H; Vásquez, H; Mayanz, S; Guerra, C; Teresa Millán, (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Med Chile; 137; 657-665.
- Caballo, Vicente E. (coord.) (2010). Manual de Trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento.
- Castillo Corona, Maricruz. (2021). Aproximaciones a la comprensión del comportamiento suicida, Estudio Filosófico, Perspectivas psicológicas y Definición, videos de la OPS-OMS. <https://www.youtube.com/watch?v=aOJ8srgaFOw> y https://www.youtube.com/watch?v=EO5OrFuZZ8A&feature=emb_imp_woyt
- Castellanos Espinosa, Alejandra. (2021). Habilidades de afrontamiento a la crisis, video de la OPS-OMS. https://www.youtube.com/watch?v=ll_8VB3ol_E&feature=emb_imp_woyt
- Castro, Rubiela, Solórzano, Helena y Vega, Evelyn. (2009). Necesidades de cuidado que tienen los cuidadores de personas en situación de discapacidad por parte de la familia en la localidad de Fontibón: Pontifica Universidad Javeriana. Facultad de enfermería, Bogotá D. C.
- Chesney y Goodwin. 2014. Federación Mundial para la Salud Mental. (2010).
- Cvinar y William Feigelman, Gorman y Studies (2009) Parental Grief after a Child'S Drug

Death Compared to other Death Causes: Investigating a Greatly Neglected Bereavement Population. Research Article. 2011.

De la Cuesta C. (marzo, 2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXVII, núm. 1. Universidad de Antioquia. Colombia.

De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. Acción Psicológica, 10(1), 45-56.

<http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>

Echeburúa, Enrique, (2015). Las múltiples caras del suicidio, en la clínica psicológica. Universidad del país Vasco, España.

Florez. Lozano et al. (1997) en De los Reyes M., (2001). Cuidador primario.

<http://inger.gob.mx>

Gardner, Murphy. Sin año. La teoría biosocial de la personalidad de Murphy.

<http://pdfcoffe.com/la-teoria-biosocial-de-la -personalidad-de-murphy-pdf-free.html>

Goleman, Daniel. (1999) Inteligencia emocional. Editorial. Vergara.

GUÍA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES CON IDEACIÓN O

INTENTO SUICIDA. (Agosto 05 de 2014). Universidad Industrial de Santander.

Colombia.

Hernández. Sampieri. (1998). Metodología de la investigación, segunda edición, Editorial

Mc Graw Hill.

Lins, Mara. (2021). La capacidad de resiliencia y el trabajo en redes, sobre el

comportamiento suicida. <https://www.youtube.com/watch?v=FSJfWduCsoI>

López Steinmetz, Lorena Cecilia. (2017), vol. 11, no. 1, Quant, Quintero. Diana Melissa.

2018. Conductas suicidas: psicopatología. www.integrativeassociation.com

Manzano, G. (2007). Estrés específico “Burnout” en cuidadores formales e informales de

personas mayores dependientes. Universidad de La Rioja.

Marchiori, Hilda, (1998). El Suicidio, Enfoque Criminológico, Editorial Porrúa, México.

Melendo, Granados Tomas y Menchén Bartolomé (2013) Quiénes son nuestros hijos y que

esperan de nosotros. El despertar Moral. EIUNSA.

Melendo, Granados Tomas. (2022). “Un nuevo entorno, exigido por las circunstancias: La

orientación familiar. Maestría en ciencias para la familia, Navarra, España.

Melendo, Granados Tomas. (2022). “Introducción a la antropología: la persona, MASTER

EN CIENCIAS PARA LA FAMILIA Versión para principiantes”

Molina Pizarro, Cristian. (2021). Grupos de apoyo emocional, video de la OPS-OMS.

https://www.youtube.com/watch?v=r_mlWNUisMU&feature=emb_imp_woyt

Organización Mundial de la Salud. (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para

trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra: Departamento de Salud Mental

y Toxicología.

http://www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

Organización Panamericana de la Salud, cuarta generación. (2022). Curso de

especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento

suicida online. <https://cursospaises.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=550>

Oxford Languages. Diccionario. Definición de sesión. <https://www.support.google.com>

Palacin, María. (2011) Estrategias de apoyo psicosocial: Grupos de Apoyo y Grupos de

Ayuda Mutua. <http://www.acnefi.org/blog/post/2011/02/23/Estrategias-de-Apoyo-Psicosocial-Grupos-de-Apoyo-y-Grupos-de-Ayuda-Mutua.aspx>

Pérez Hernández Verónica, (2001). La Tercera Edad: Un área de intervención del

Psicólogo, Tesis UPAEP.

Pérez Porto Julian y Gardey Ana. (2019). Definición de autorregulación.

<https://definicion.de/autoregulacion/>

Quant, Quintero Diana Melisa (2018) Tolerancia hacia el malestar, videos de la

OPS-OMS. <http://youtu.be/cbdtPHAtTEk>

Rangel-Domínguez, Nancy. Sin año. Manual de Apoyo para Cuidadores Primarios, Cuidarnos para

cuidar mejor. Hospital General “Manuel Gea González. Manual.

Rodríguez. Navarro, José Carlos. (2022). Síndrome de Agotamiento emocional.

- Ruiz Ríos, Alma Elizabeth y Nava Galán Ma. Guadalupe. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol (Mex)* Vol. 11, No. 3: 163-169.
- Savio, S. A. (2008) El Síndrome de Burn out: un proceso de estrés laboral crónico.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2578052>
- Tejadilla Orozco, Diana I. (2021).Factores protectores en el comportamiento suicida, video de la OPS-OMS.
https://www.youtube.com/watch?v=5T9jT9mbpbg&feature=emb_imp_woyt
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. Fundación SERÉ, Universidad Católica de Colombia.
- UNICEF, World Health Organization. (2019). Estigma social.
- Vander Sanden, Pryor, Stutterheim, Kok & Bos. (2016) Guía clínica de evaluación y tratamiento del comportamiento suicida.
- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W. Buunk, and B. (1998). The Evaluation of an Individual Burnout Intervention Program: The Role of Inequity and Social Support, *Jornal of Psychology*, Vol. 83. No. 3.
- Zaintzea. Guía para personas cuidadoras. Centro municipal de apoyo a familiares cuidadores. http://nanopdf.com/download/zaintzea-guia-para-personas-cuidadoras_pdf
- Zambrana, Medina Sebastiana. (2014) La entrevista clínica y el diagnóstico de la conducta

y riesgo suicidas. Manual de Prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. Fundación Salud Mental España.

Anexos

Apéndice A **ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT**

Instrucciones: Responde una de las 5 opciones brindadas:

Pregunta	Nunca	Rara vez	Alguna veces	Bastantes veces	Casi siempre
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

Fuente: Breinbauer, H; Vásquez, H; Mayanz, S; Guerra, C; Teresa Millán, «Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada» Rev Med Chile; 137; 657-665, 2009.

Apéndice B

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

Instrucciones: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Fuente: Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. Consult J Clin Psychol. 1974, 42(6): 861-865.

Tabla 1***Registro de Asistencias meeting***

Total de Participantes	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Meses
10	10	9	10	8	Mes junio
10	Sesión 5 9	Sesión 6 7			Mes junio
10	Sesión 7 6	Sesión 8 7	Sesión 9 10	Sesión 10 7	Mes julio
10	Sesión 11 9	Sesión 12 6	Sesión 13 7	Sesión 14 6	Mes julio
10	Sesión 15 7	Sesión 16 8			Mes julio
10	Sesión 17 9	Sesión 18 10			Mes agosto

Fuente: Jaliel Flores Hernández.

Tabla 2**RESULTADOS DEL PRE-TEST****ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT**

Participantes	Puntaje total	Sobrecarga intensa Mayor e igual a 56	Sobrecarga ligera 47-55	Ausencia de sobrecarga Menor e igual a 46
1	41			✓
2	51		✓	
3	67	✓		
4	54		✓	
5	42			✓
6	37			✓
7	37			✓
8	92	✓		
9	27			✓
10	39			✓

Fuente: Breinbauer, H; Vásquez, H; Mayanz, S; Guerra, C; Teresa Millán, «Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada» Rev Med Chile; 137; 657-665, 2009.

Tabla 3**RESULTADOS DEL PRE-TEST****ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS)**

Participantes	Puntaje total Verdadero	Puntaje Total Falso	Rango Normal 0-3	Rango Leve 4-8	Rango Moderado 9-14	Rango Severo 15-20
1	10	10		✓		
2	10	10		✓		
3	8	12	✓			
4	9	11			✓	
5	11	9		✓		
6	9	11		✓		
7	9	11		✓		
8	12	8		✓		
9	8	12		✓		
10	11	9				✓

Fuente: Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. Consult J Clin Psychol. 1974, 42(6): 861-865.

Tabla 4**RESULTADOS DEL POST-TEST****ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT**

Participantes	Puntaje total	Sobrecarga intensa Mayor e igual a 56	Sobrecarga ligera 47-55	Ausencia de sobrecarga Menor e igual a 46
1	40			✓
2	40			✓
3	39			✓
4	50		✓	
5	50		✓	
6	46			✓
7	37			✓
8	40			✓
9	24			✓
10	41			✓

Fuente: Breinbauer, H; Vásquez, H; Mayanz, S; Guerra, C; Teresa Millán, «Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada» Rev Med Chile; 137; 657-665, 2009.

Tabla 5**RESULTADOS DEL POST-TEST****ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS)**

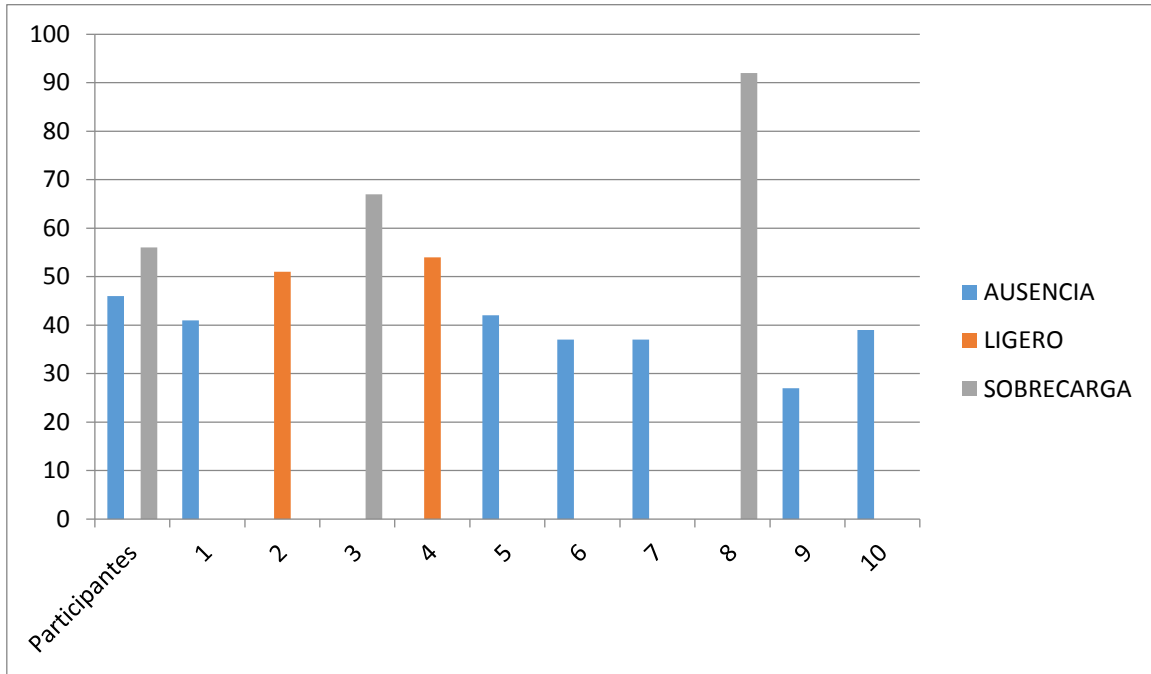
Participantes	Puntaje total Verdadero	Puntaje Total Falso	Rango Normal 0-3	Rango Leve 4-8	Rango Moderado 9-14	Rango Severo 15-20
1	11	9		✓		
2	10	10		✓		
3	8	12			✓	
4	10	10			✓	
5	10	10			✓	
6	11	9		✓		
7	9	11		✓		
8	11	9			✓	
9	9	10		✓		
10	8	12			✓	

Fuente: Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. Consult J Clin Psychol. 1974, 42(6): 861-865.

Grafica 1

RESULTADOS DEL PRE-TEST

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

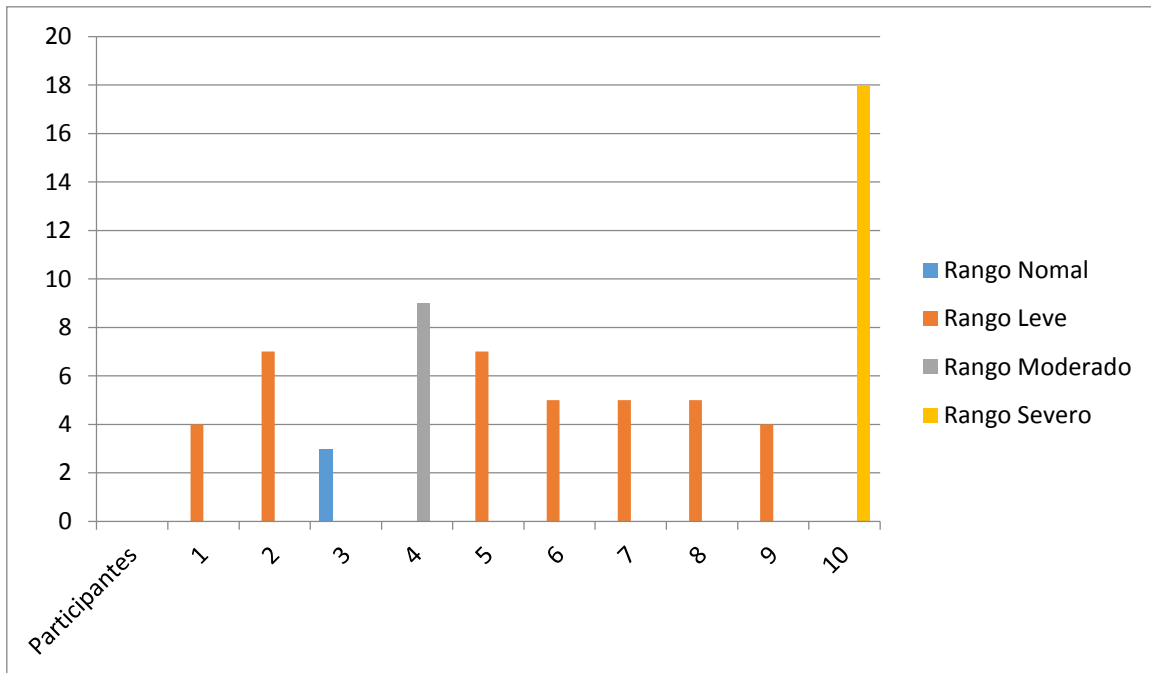


Fuente: Jalihel Flores Hernández.

Grafica 2

RESULTADOS DEL PRE-TEST

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS)

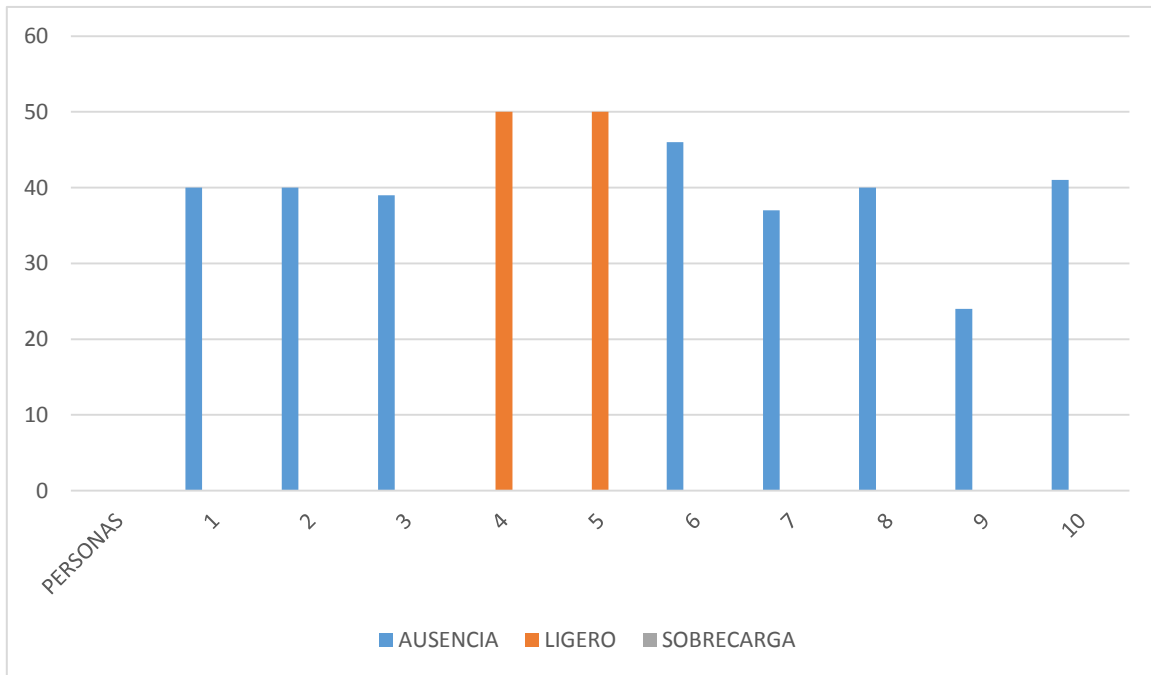


Fuente: Jaliel Flores Hernández.

Grafica 4

RESULTADOS DEL POST-TEST

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

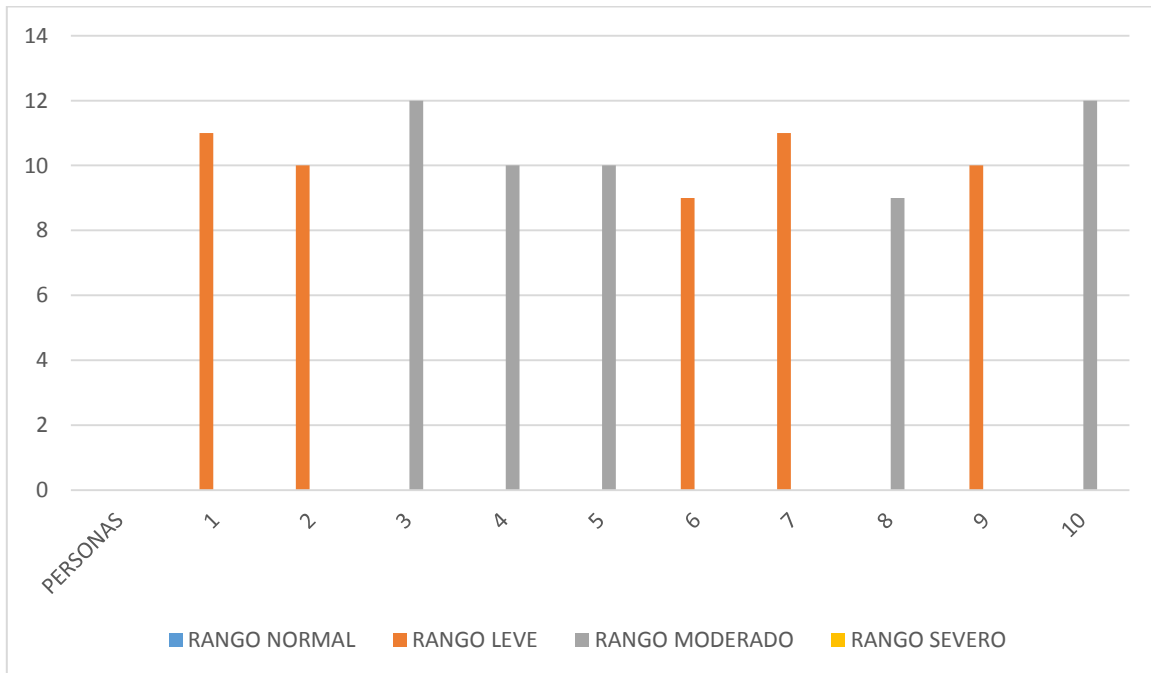


Fuente: Jaliel Flores Hernández

Grafico 5

RESULTADOS DEL POST-TEST

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS)



Fuente: Jaliel Flores Hernández

Evidencias:

SEMANALES

DIAS: jueves y sábados

HORARIOS: nocturnos (20:00 a 22:00 horas)

REGLAS DEL GRUPO:

- APERTURA HACIA LOS DEMÁS.
- CONFIANZA ENTRE TODOS.
- DERECHO DE CONFIDENCIALIDAD.
- ESCUCHA ACTIVA.
- PARTICIPACION CON RETROALIMENTACION.
- ACLARACION DE DUDAS.
- HABLAR DE ESPECTATIVAS.
- ASUNTOS PERSONALES EN PRIVADO CUANDO SE INDIQUE.

Ideaación suicida

En México el 50% de los jóvenes estudiantes de secundaria y bachillerato presentan algún síntoma de ideación suicida a diferencia de los estudiantes universitarios en los cuales se presenta en un 27% y el 4% alguna vez en la vida han pensado en suicidarse.

SESION 2

“AYÚDAME A ENTENDERME”

CARACTERÍSTICAS:

- **Teoría de Beck**
 - Los pacientes con tendencias suicidas muestran pensamientos negativos y creencias disfuncionales.
- **Teoría de los constructos personales de Kelly**
 - La realidad es independiente a la interpretación, tal interpretación orienta y condiciona el comportamiento. Es una manifestación de la depresión y de la construcción distorsionada de la realidad por defecto o por algún rechazo a la vida en particular.
- **Teoría del Comportamiento Suicida de Linehan**
 - Es un déficit de habilidades para solucionar los problemas que se presentan diariamente y que pueden derivar otras problemáticas.

Metáfora del autobús | Steven Hayes | terapia de aceptación y compromiso (ACT).

METÁFORA DEL AUTOBÚS

CONOCER A MI FAMILIAR CON CONDUCTAS SUICIDAS...

QUE NOTARON CON LA TAREA DEL CONOCIMIENTO DEL HIJO, HIJA, ESPOSO, ESPOSA...



FACTORES DE VULNERABILIDAD:

Se caracteriza por la angustia y desesperación que les resultan imposibles de controlar, este proceso psíquico comprendería: una alta vulnerabilidad, que produce un estado de indefensión, de extrema angustia existencial, una alta sensibilidad, inadecuado manejo de estrés, cambios caracterizados por alteraciones emocionales, mayor desequilibrio, ambivalencia, inestabilidad.



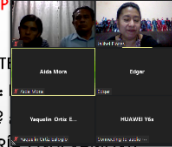
1.- Restringir o reducir el acceso a medios letales.

Esto es, mantener en lugares que podamos evitar el acceso inmediato hacia cuchillos, medicamentos, ratificas, sogas, pistolas, etc.

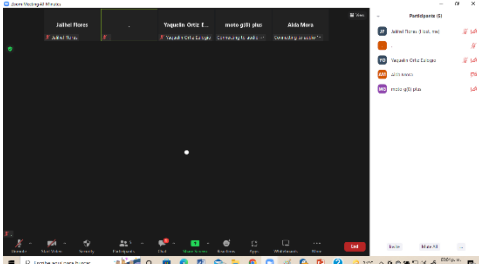


APRENDER A VER AREAS DE OPORTUNIDAD

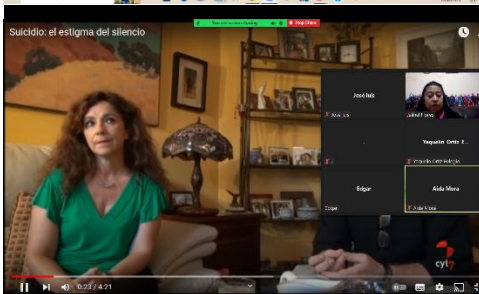
FACILITEMOS EL CAMINO ANDADO PROPORCIONANDOLE VERBALMENTE REFORZAMIENTO DEL APRENDIZAJE: APRENDIDO CON ESTA SITUACIÓN? QUE MEJORÓ EN TI?, ¿CÓMO PODRÍAS TÚ TAMBIÉN ENFRENTAR UNA SITUACIÓN ASÍ?



Concentra tu atención en tu cuerpo y en tu respiración



La desprotección y la alta gravedad de la conflictividad familiar, presenta y agrava esa vulnerabilidad en una determinación autodestructiva. (Marchiori, Hilda, 1998)



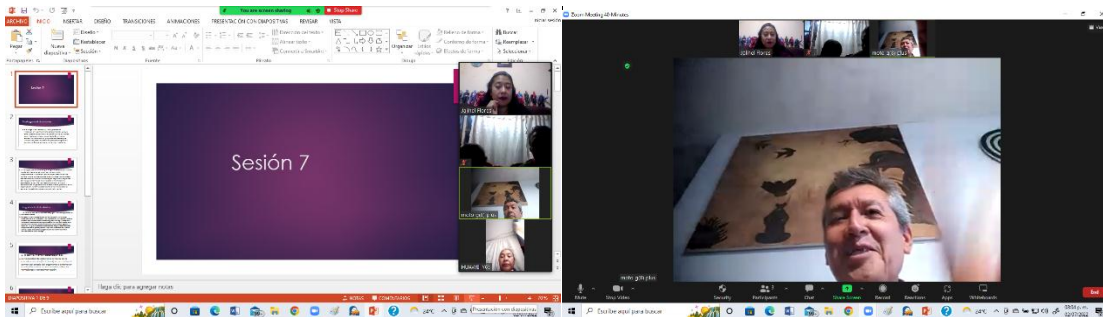
TAREA:
HAS UNA LISTA DE CUALES CONOCES EN TU HOGAR...



SABER EXPRESAR EL AMOR MUTUO:
¿Cómo le comunico a mi familiar (hijos, esposos, etc) que los amo?
Existen formas de comunicación operativas, esto es, que provee lo que le quiero: aportaciones económicas, regalo, alguna escuela o actividades, construcción de casas o terreno, etc.
Existen formas de comunicación afectivas, esto es, que le expreso verbalmente o físicamente (abrazos) que le quiero.
Existe forma de comunicación de amistad, esto es, que se comparte la confianza y se fomenta la alianza con el familiar.



Yaquelin Ortiz E...



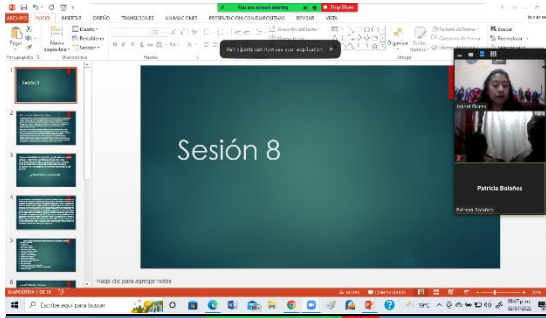
Teoría general de sistemas

▶ El biólogo Van Bertalanffy fue el primero en introducir en nuestro ámbito estos principios ya que este modelo se centra en la relación entre las partes de un todo complejo y su contexto. Su principio básico: un sistema es un grupo de realidades que interactúan modificándose de manera recíproca y constante. Esto se aplica en las familias mediante...

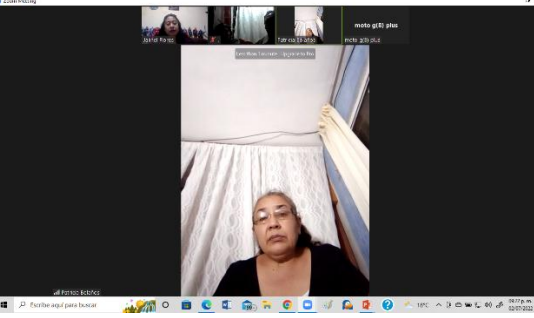
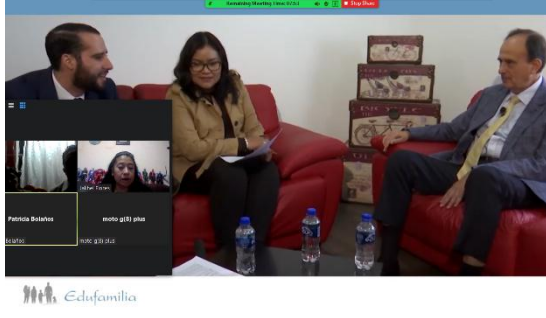
TAREA PARA REFLEXIONAR:

MOMENTO DE REFLEXION:

- ¿CÓMO HE PUESTO LIMITES CONMIGO?
- ¿CÓMO INTERPRETO LOS LIMITES DE LOS DEMÁS?
- ¿QUÉ PODRÍA CAMBIAR A RAZÓN DE LOS LIMITES CONMIGO MISMO Y CON LOS DEMÁS?



- El autor Melendo, Tomas sugiere para no educar tan mal al respecto lo siguiente:**
- Flexibilidad a través de:
- ▶ Ser honestos
 - ▶ Respetar la dignidad
 - ▶ Darle valor al trabajo
 - ▶ Conductas claras y límites
 - ▶ Aceptar a cada uno como es
 - ▶ Reconocer los deberes
 - ▶ Respetar y validar el tiempo
 - ▶ Respeto a la intimidad
 - ▶ Escuchar con paciencia
 - ▶ Fomentar la libertad responsable
 - ▶ Generar confianza
 - ▶ Darle valor al NO
 - ▶ Dedicación para prevenir lo impensable
 - ▶ Pedir ayuda a Dios (desde el marco de las creencias)
 - ▶ Valorar a la familia



Características del Cuidador primario o Familiar cuidador

Existen cuidadores informales y cuidadores formales.

Los **cuidadores informales** no son remunerados, y tienen un elevado compromiso hacia la tarea caracterizada por una atención sin límites de horarios, es brindado por familiares, participando (Florez. Lozano et al, 1997).

SESIÓN 9

José Luis

Cronograma:

Mes Junio				
Semana 1	Jueves 09	Viernes 10	Sábado 11	Domingo 12
Tiempo	120 minutos	60 minutos	120 minutos	60 minutos
	Sesión 1	Material de trabajo	Sesión 2	Material de trabajo
Temas:	<p>Bienvenida</p> <p>Plan de trabajo</p> <p>Calendario</p> <p>Problemática</p> <p>Objetivo</p> <p>Reglas de sesiones</p> <p>Explicación de Escalas</p>	<p>Envío de: Sesión en powerpoint</p> <p>Escalas</p> <p>Video: Un perro negro llamado Depresión</p> <p>Link para enlace metting para sesión subsecuente</p>	<p>Ayúdame a entenderme</p> <p>Explicación del Suicidio</p>	<p>Envío de: Sesión en powerpoint</p> <p>Video: Metáfora del autobús</p> <p>Se reciben escalas</p> <p>Link para enlace metting subsecuente</p>
Mes Junio				
Semana 2	Jueves 16	Viernes 17	Sábado 18	Domingo 19
Tiempo	120 minutos	60 minutos	120 minutos	60 minutos
	Sesión 3	Material de trabajo	Sesión 4	Material de trabajo
Temas:	<p>Prevención ante el suicidio</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>Plan de seguridad</p>	<p>Envío de: Sesión en powerpoint</p> <p>Video: Como se siente una persona con conductas suicidas</p> <p>Link para enlace metting para sesión subsecuente</p>	<p>¿Qué decirle a mi familiar ante una crisis?</p> <p>Riesgo agudo</p> <p>Ambiente de conductas invalidantes</p> <p>Aumentar la tolerancia al malestar</p> <p>Técnica de relajación</p>	<p>Envío de: Sesión en powerpoint</p> <p>Video: Técnica de Relajación</p> <p>Link para enlace metting subsecuente</p>
Mes				

Junio				
Semana 3	Jueves **23	Viernes **24	Sábado **25	Domingo **26
Tiempo	120 minutos	60 minutos	120 minutos	60 minutos
	Sesión 5	Material de trabajo	Sesión 6	Material de trabajo
Temas:	Concepto de persona Estigmas y Temores sobre el suicidio Análisis del Vídeo de Estigmas de la conducta suicida	Envío de: Sesión en powerpoint Video de Estigmas Link para enlace metting para sesión subsecuente	La importancia de la Familia Su Significado Subsistemas Apoyos mutuos	Envío de: Sesión en powerpoint Video del Dr. Tomas Melendo Granados: La familia Link para enlace metting subsecuente
Mes Junio-Julio				
Semana 4	Jueves **30	Viernes **01	Sábado **02	Domingo 03
Tiempo	120 minutos	60 minutos	120 minutos	60 minutos
	Sesión 7	Material de trabajo	Sesión 8	Material de trabajo
Temas:	Teoría general de sistemas Conceptos y ejemplos prácticos Importancia de los límites	Envío de: Sesión en powerpoint Link para enlace metting para sesión subsecuente	Educación para los hijos	Envío de: Sesión en powerpoint Análisis del tema Quienes son nuestros hijos y Qué esperan de nosotros Link para enlace metting subsecuente
Mes Julio				
Semana 5	Jueves 07	Viernes 08	Sábado 09	Domingo 10
Tiempo	120 minutos	60 minutos	120 minutos	60 minutos
	Sesión 9	Material de trabajo	Sesión 10	Material de trabajo
Temas:	¿Qué es ser cuidador primario? Características	Envío de: Sesión en powerpoint	Necesidades de los cuidadores primarios Límites de los	Envío de: Sesión en powerpoint Video de un cuidador Link para enlace

	Perfil Funciones	Link para enlace meeting para sesión subsecuente	cuidadores primarios Análisis del vídeo de un cuidador	meeting subsecuente
Mes Julio				
Semana 6	Jueves 14	Viernes 15	Sábado 16	Domingo 17
Tiempo	120 minutos	60 minutos	120 minutos	60 minutos
	Sesión 11	Material de trabajo	Sesión 12	Material de trabajo
Temas:	Sentimientos del cuidador primario Manejo emocional Desgaste emocional	Envío de: Sesión en powerpoint Link para enlace meeting para sesión subsecuente	Síndrome del Agotamiento Características Factores predisponentes Análisis del Video del síndrome del agotamiento	Envío de: Sesión en powerpoint Video del síndrome del agotamiento Link para enlace meeting subsecuente
Mes Julio				
Semana 7	Jueves 21	Viernes 22	Sábado 23	Domingo 24
Tiempo	120 minutos	60 minutos	120 minutos	60 minutos
	Sesión 13	Material de trabajo	Sesión 14	Material de trabajo
Temas:	Factores de protección ante el desgaste emocional	Envío de: Sesión en powerpoint Link para enlace meeting para sesión subsecuente	Autocuidado	Envío de: Sesión en powerpoint Link para enlace meeting subsecuente
Mes Julio				
Semana 8	Jueves 28	Viernes 29	Sábado 30	Domingo 31
Tiempo	120 minutos	60 minutos	120 minutos	60 minutos
	Sesión 15	Material de trabajo	Sesión 16	Material de trabajo
Temas:	Autorregulación emocional	Envío de: Sesión en	¿Qué es la psicoterapia	Envío de: Sesión en powerpoint

	Técnicas	powerpoint Video de técnicas de autorregulación Link para enlace metting para sesión subsecuente	integrativa? Características	Link para enlace metting subsecuente
Mes Agosto				
Semana 9 y 10	Jueves 04	Viernes 05	*Jueves 11	*Viernes 12
Tiempo	120 minutos	60 minutos	120 minutos	
	Sesión 17	Material de trabajo	Sesión 18	Material de trabajo
Temas:	Significado de las sesiones terapéuticas Importancia de los grupos de apoyo emocional (redes de apoyo) Apoyo Tecnológico en implementación de grupos de apoyo emocional Aplicación de escalas	Envío de: Sesión en powerpoint Escalas Link para enlace metting para sesión subsecuente	Revisión de escalas Despedida con retroalimentación Cierre	Envío de: Recursos tenidos en todas las sesiones.

*Días modificados por situaciones extraordinarias de la autora.

**Realizado con adaptaciones de horarios acordados con los participantes por situaciones extraordinarias de la autora.

Fuente: Jalihel Flores Hernández.

Intervención Del Proyecto de Investigación:

Grupo de apoyo emocional	Actividad: Bienvenida, plan de trabajo, calendario de actividades, problemática y objetivo del grupo de apoyo emocional.	Tiempo:
Sesión 1 09/06/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: Se detalla la forma de trabajo en línea y horarios.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se les muestra en power point el contenido de la actividad, se les explica las Escalas evaluativas.	82 minutos
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos

Observaciones: se muestran participativos, interesados y con gran identificación sobre su situación actual.

Grupo de apoyo emocional	Actividad: Ayúdame a entenderme.	Tiempo:
Sesión 2 11/06/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: del video, un perro negro.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación del	82 minutos

	Suicidio y su desarrollo.	
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos

Observaciones: mostraron interés y realizaron catarsis.

Grupo de apoyo emocional	Actividad: Prevención ante el suicidio	Tiempo:
Sesión 3 16/06/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: Análisis del video Metáfora del autobús.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre Factores de riesgo, Plan de seguridad, y se les muestra video.	82 minutos
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos

Observaciones: presentan inquietudes y hablan sobre sus problemáticas, se despejan dudas.

Sesión 4 18/06/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: análisis del video Como se siente una persona con conductas suicidas	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre Riesgo agudo, ambiente de conductas invalidantes y	82 minutos

	aumentar la tolerancia al malestar Se les pone un video de Técnica de relajación.	
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos
Observaciones: identifican situaciones vividas, existe empatía uno con otros así como sensibilidad.		
Grupo de apoyo emocional	Actividad: Concepto de persona. Estigmas y Temores sobre el suicidio.	Tiempo:
Sesión 5 23/06/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: se retroalimenta sobre la técnica de relajación dada en video.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre Estigmas de la conducta suicida, se les muestra video	82 minutos
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos
Observaciones: reconocen estigmas en el hogar y se analizan.		
Grupo de apoyo emocional	Actividad: La importancia de la Familia	Tiempo:
Sesión 6 25/06/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos

Tareas	Revisión: Análisis del video de estigmas.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre la importancia de la familia, su significado, subsistemas y Apoyos mutuos. Se les pone un video del Dr. Tomas Melendo Granados sobre la familia.	82 minutos
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos

Observaciones: les agrada el hecho de poner a la familia y comprender su significado entre ellos se platican sus experiencias.

Grupo de apoyo emocional	Actividad: Importancia de los límites	Tiempo:
Sesión 7 30/06/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: análisis del video dado la sesión anterior.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre Teoría general de sistemas, sus conceptos y ejemplos prácticos así como la importancia de los límites.	82 minutos
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos
Observaciones: expresan sus dudas y comparten experiencias.		
Grupo de apoyo emocional	Actividad: Educación para los hijos.	Tiempo:

Sesión 8 02/07/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: repaso de los límites.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre la educación para los hijos.	82 minutos
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos
Observaciones: expresan su forma de crianza y se retroalimenta en sus vivencias.		
Grupo de apoyo emocional	Actividad: ¿Qué es ser cuidador primario ante un hijo o familiar enfermo?	Tiempo:
Sesión 9 07/07/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: Análisis del tema Quiénes son nuestros hijos y Qué esperan de nosotros. Interacción de un cuidador ante la familia y un paciente.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre quiénes son los cuidadores primarios, sus características, su perfil y sus funciones.	82 minutos
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos
Observaciones: identifican situaciones que presentan y les ha generado dolor e impotencia.		

Grupo de apoyo emocional	Actividad: Necesidades de los cuidadores primarios	Tiempo:
Sesión 10 09/07/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: repaso de la sesión anterior.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre las necesidades de los cuidadores primarios, los límites de los cuidadores primarios. Y se brinda el análisis del vídeo de un cuidador	82 minutos
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos
Observaciones: muestran pleno interés en manejo de sus necesidades a través de lo propuesto.		
Grupo de apoyo emocional	Actividad: Sentimientos del cuidador.	Tiempo:
Sesión 11 14/07/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: análisis de un video de un cuidador.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre los sentimientos del cuidador, manejo emocional y desgaste emocional	82 minutos
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los	3 minutos

	productos y actividades.	
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos
Observaciones: participan refiriendo como se sienten como cuidadores.		
Grupo de apoyo emocional	Actividad: Síndrome del Agotamiento	Tiempo:
Sesión 12 16/07/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: repaso de la sesión anterior.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre el síndrome del agotamiento, sus características y los factores predisponentes. Se les muestra el análisis del video del síndrome del agotamiento	82 minutos
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos
Observaciones: comunican e identifican el agotamiento emocional y físico tenido como cuidadores y se reatrolieenta.		
Grupo de apoyo emocional	Actividad: Factores de protección ante el desgaste emocional.	Tiempo:
Sesión 13 21/07/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: análisis del video del síndrome del agotamiento.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre	82 minutos
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan	10 minutos

	preguntas sobre sus dudas.	
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos
Observaciones: manifestaron su interés para tener estrategias de protección ante su desgaste.		
Grupo de apoyo emocional	Actividad: Autocuidado.	Tiempo:
Sesión 14 23/07/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: repaso de la sesión anterior.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre el autocuidado, sus elementos y aplicaciones.	82 minutos
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos
Observaciones: preguntaron estrategias de autocuidado.		
Grupo de apoyo emocional	Actividad: Autorregulación emocional.	Tiempo:
Sesión 15 28/07/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: repaso de la sesión anterior.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre la autorregulación emocional y sus técnicas.	82 minutos
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos

	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos
Observaciones: se detallaron ejemplos para su aplicación.		
Grupo de apoyo emocional	Actividad: ¿Qué es la psicoterapia integrativa?	Tiempo:
Sesión 16 30/07/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: análisis del video de técnicas de autorregulación.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre la psicoterapia integrativa.	82 minutos
	Cierre: se retroalimenta lo expuesto y se realizan preguntas sobre sus dudas.	10 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos
Observaciones: encontraron sentido a la psicoterapia.		
Grupo de apoyo emocional	Actividad: el significado de las sesiones terapéuticas y sus estrategias para apoyarse.	Tiempo:
Sesión 17 04/08/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: repaso de la sesión anterior.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad, se les da la explicación sobre el significado de las sesiones terapéuticas, la importancia de las redes de apoyo emocional así como el apoyo Tecnológico en implementación online y se da la aplicación de escalas.	82 minutos
	Cierre: se escucharán comentarios y aportaciones	10 minutos

	ante este tipo de intervención online de forma grupal con el fin de ayudarles como cuidadores primarios.	
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos
Observaciones: integraron redes de apoyo familiares y externas.		
Grupo de apoyo emocional	Actividad: Revisión de escalas Despedida con retroalimentación	Tiempo:
Sesión 18 11/08/2022	Inicio: Saludar a los participantes, hacer rapport y esperar al resto de participantes en el enlace online.	10 minutos
Tareas	Revisión: de escalas aplicadas.	10 minutos
Propósito:	Desarrollo: se proyecta en power point la actividad realizada en este tiempo, se les da la explicación sobre la importancia de la aplicación de este proyecto de investigación, con el fin de ayudarles a otros más cuidadores con estas características.	52 minutos
	Cierre: convivencia online compartiendo cartas escritas, mismas que se pidieron en el material de trabajo. Agradecimientos.	40 minutos
	Evidencias fotográficas de los productos y actividades.	3 minutos
	Recursos: computadora, celular e internet.	5 minutos
	Observaciones: aportaron sus impresiones en el cierre a razón de sus aprendizajes durante estas sesiones.	

Fuente: Jaliel Flores Hernández.