



CENTRO DE CIENCIAS DE LA
SALUD DEPARTAMENTO DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1

TESIS:

**INTERVENCION EDUCATIVA PARA FORTALECER EL
NIVEL DE RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS
INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS TERMINALES QUE ACUDEN A CLINICA DEL
DOLOR DEL HGZ NO. 1 IMSS, AGUASCALIENTES, AGS.**

PRESENTA:

Christian Marisol Ibarra Rangel

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

TUTOR

Dra. Ramona Romo Cortés

Aguascalientes, Aguascalientes, Febrero de 2015



Dr. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA
SALUD



PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dra. Christian Marisol Ibarra Rangel

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“INTERVENCION EDUCATIVA PARA FORTALECER EL NIVEL DE RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS TERMINALES QUE ACUDEN A CLINICA DEL DOLOR DEL HGZ NO. 1 IMSS, AGUASCALIENTES, AGS”

Número de registro: R-2014-101-3 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La Dra. Christian Marisol Ibarra Rangel asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que se haga la impresión definitiva ante el comité que Usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente y quedo de Usted.

ATENTAMENTE

Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar
Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a **Dios** por haberme dado la oportunidad de concluir mi especialidad por no dejarme que me rindiera en ningún momento e iluminarme en mi camino.

Un reconocimiento especial para la **Dra. Ramona Romo** asesora de esta tesis por interesarse en este trabajo, por las sugerencias recibidas, la supervisión continua del trabajo, por la motivación, el apoyo recibido durante estos años y sobre todo por su ejemplo como profesional y como persona.

A todos mis **profesores de la Residencia** por su paciencia, tiempo y conocimientos compartidos.

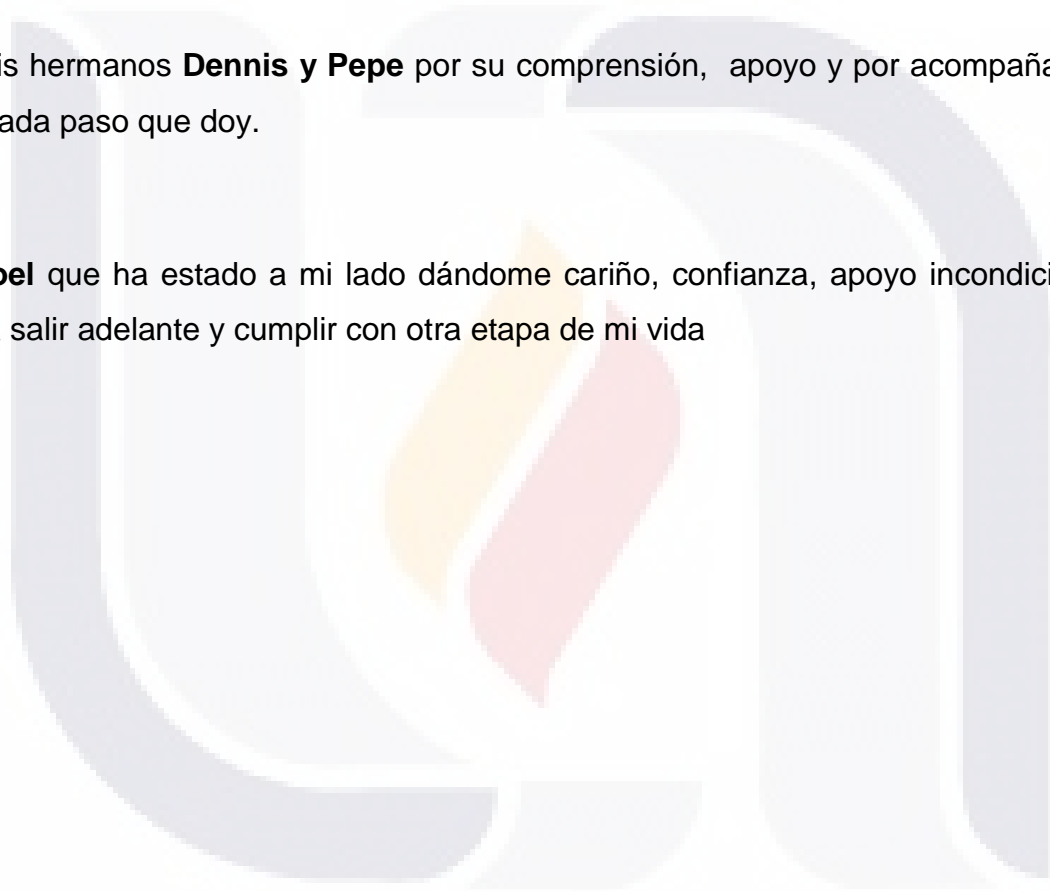
Agradezco a todos los **cuidadores** que participaron en el estudio, así como a la **enfermera Paliativista Maricela** adscrita al servicio de Clínica del Dolor por todo su apoyo.

DEDICATORIAS

Agradezco a **mis padres** por haberme dado la vida y la oportunidad de realizarme en mis estudios y en mi vida.

A mis hermanos **Dennis y Pepe** por su comprensión, apoyo y por acompañarme en cada paso que doy.

A **Joel** que ha estado a mi lado dándome cariño, confianza, apoyo incondicional para salir adelante y cumplir con otra etapa de mi vida



INDICE GENERAL

INDICE GENERAL..... 1

INDICE DE TABLAS..... 4

ACRONIMOS..... 5

RESUMEN..... 6

I.- ANTECEDENTES 9

I.A.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS EN RESILIENCIA 9

I.B.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL DEL CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS TERMINALES...... 12

II.- MARCO TEÓRICO..... 14

II.A.- TEORIAS Y MODELOS QUE EXPLICAN LA RESILIENCIA, SU IMPORTANCIA, LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN ELLA. 14

II.A.1 DEFINICIÓN DE RESILIENCIA...... 14

II.B.- TIPOS DE RESILIENCIA. 18

II.C.- IMPORTANCIA DE LA RESILIENCIA. 19

II.D.- MODELOS PARA ENTENDER LA RESILIENCIA...... 19

II.D.1.- LA RESILIENCIA VISTA COMO RESULTADO 21

II.D.2.- RESILIENCIA COMO PROCESO 21

II.D.3.- MODELO COMPENSATORIO...... 21

II.D.4.- MODELO DESAFIANTE...... 22

II.D.5.- MODELO DE PROTECCIÓN VULNERABILIDAD. 22

II.D.6.-MODELO ENFOCADO A LAS VARIABLES...... 22

II.D.7- MODELO ENFOCADO A LA PERSONA 23

II.E.- FACTORES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA...... 24

II.E.1.- FACTORES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO 24

II.F.- HABILIDADES QUE DISTINGUEN A UNA PERSONA RESILIENTE. .. 26

II.G.- CUIDADOR DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. 27

II.G.1.- DEFINICION DE CUIDADO...... 27

| | |
|---|----|
| II.G.2.- TEORIAS DEL CUIDADO. | 28 |
| II.G.2.1.- LA TEORÍA DEL APEGO..... | 28 |
| II.G.2.2.- TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON. | 29 |
| II.G.2.3.- MODELOS CONCEPTUALES TEÓRICOS DE LOS CUIDADOS.. | 30 |
| II.G.2.3.- EL MARCO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON..... | 30 |
| II.G.3.- EL ROL Y FUNCIÓN DEL CUIDADOR. | 31 |
| II.G.3.1.- CUIDADORES FORMALES | 31 |
| II.G.3.2.- CUIDADORES INFORMALES..... | 32 |
| II.H.- INTERVENCIONES EDUCATIVAS. | 33 |
| III.- JUSTIFICACIÓN. | 37 |
| IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 38 |
| IV.A.- DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACION EN ESTUDIO. | 38 |
| IV.B.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD. | 38 |
| IV.C.- DESCRIPCIÓN DEL SISTEMAS DE ATENCIÓN EN SALUD | 39 |
| IV.D.- DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA. | 42 |
| IV.E.- DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA. | 43 |
| IV.F.- FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA. | 46 |
| IV.G.- ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO. | 47 |
| IV.H.NIVEL DE CONOCIMIENTO. | 49 |
| IV.I.- ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO | 50 |
| IV.J.- TIPO DE INFORMACION QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA. | 51 |
| IV.K.- PREGUNTA DE INVESTIGACION. | 51 |
| V.- OBJETIVO. | 52 |
| V.A.- OBJETIVO GENERAL. | 52 |
| V.B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS. | 52 |
| VI.- HIPÓTESIS DE TRABAJO. | 53 |
| VI.A.- HIPÓTESIS ALTERNA. | 53 |
| VI.B.- HIPÓTESIS NULA. | 53 |

| | |
|---|----|
| VII.- MATERIAL Y MÉTODOS..... | 54 |
| VII.A.- DISEÑO DEL ESTUDIO..... | 54 |
| VII.B.- POBLACIÓN DEL ESTUDIO..... | 54 |
| VII.B.1.- UNIVERSO DE TRABAJO..... | 54 |
| VII.B.2.- UNIDAD DE ANÁLISIS..... | 54 |
| VII.C.- CRITERIOS DE SELECCIÓN..... | 54 |
| VII.C.1- CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... | 54 |
| VII.C.2- CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN..... | 54 |
| VII.C.3- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN..... | 55 |
| VII.D.- TIPO DE ESTUDIO..... | 55 |
| VII.E.- UNIVERSO..... | 55 |
| VII.F.1- TIPO DE MUESTREO..... | 56 |
| VII.F.2.- TAMAÑO DE LA MUESTRA..... | 56 |
| VIII.- PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS “TIPO DE INSTRUMENTO”..... | 57 |
| VIII.A.- DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO..... | 57 |
| VIII.A.1.- Escala de Resiliencia Mexicana RESI-M..... | 57 |
| VIII.A.2.- CUESTIONARIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO..... | 58 |
| IX.-LOGÍSTICA..... | 59 |
| X.- ANALISIS ESTADÍSTICO..... | 60 |
| X.A.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO..... | 60 |
| XI.- ASPECTOS ETICOS..... | 61 |
| XII.- RESULTADOS..... | 62 |
| XIII.- DISCUSIÓN..... | 70 |
| XIV.-CONCLUSIONES..... | 73 |
| XV.- RECOMENDACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD..... | 74 |
| XVI.-RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES..... | 74 |
| XVII.- GLOSARIO..... | 75 |
| XVIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 76 |
| XIX.- ANEXOS..... | 1 |

INDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Características Sociodemográficas del grupo Experimental y62

Tabla 2. Características clínicas del cuidador del grupo Experimental y Control en pacientes que acuden a clínica del dolor del HGZ No. 1, 64

Tabla 3. Características Clínicas del Paciente que esta al Cuidado del grupo Experimental y Control que acuden a clínica del dolor del HGZ No. 1,65

Tabla 4. Prevalencia de Resiliencia en el grupo experimental y control antes y después de la intervención a pacientes que acuden a clínica del dolor del HGZ No 1,66

Tabla 5. Prevalencia de Resiliencia en el grupo experimental y control antes de la intervención,67

Tabla 6. Prevalencia de Resiliencia en el grupo experimental y control, después de la intervención,67

Tabla 7. Prevalencia de Resiliencia en el grupo experimental y control, a un, 68

ACRONIMOS

HGZ: Hospital General de Zona

No: Número

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

SPSS: Statistical Product and Service Solutions



RESUMEN

INTRODUCCIÓN El término resiliencia surge para dar una explicación de casos en donde se ha observado que algunos seres humanos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social. Aunque toda la familia se ve afectada por una enfermedad terminal, en la mayoría de los casos es solamente un individuo quien asume el cuidado principal del enfermo.

OBJETIVO GENERAL. Conocer si la estrategia educativa que se propone es efectiva para reforzar el nivel de resiliencia en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio Cuasiexperimental. Se realizó una intervención educativa a un grupo de cuidadores y se midió el nivel de resiliencia antes y después de acudir a la intervención educativa y se comparó con un grupo control el cual no acudió a la intervención. Se aplicaron los cuestionarios de datos socio-demográficos, así como el test resiliencia mexicana en el periodo Junio 2014 – Agosto 2014.

RESULTADOS: Se cumplieron los objetivos de valorar la utilidad de la intervención educativa reforzando el nivel de resiliencia en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor Los resultados demuestran que el grupo experimental después de la intervención aumento el nivel de resiliencia un 21.1% y se observa un aumento de 21.2% en la resiliencia después de un mes de la intervención.

CONCLUSIONES: La intervención educativa utilizada es de utilidad para reforzar el nivel de resiliencia en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

PALABRAS CLAVE. Nivel de resiliencia en cuidadores informales. Enfermedades crónicas en estado terminal. Intervención educativa.

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

Resilience arises to give an explanation of cases where it has been observed that few people manage to overcome adverse conditions even transforms them into an advantage or a stimulus for its bio-psycho-social development. Although the whole family is affected by a terminal illness, in most cases only a single family member generally assumes the primary caregiving of the patient's.

MAIN PURPOSE: Recognize if an instructional strategy based on constructive, meaningful and functional learning is proposed will be helpful in strengthening resilience level in informal primary caregivers who support patients with terminal chronic diseases and come to La Clinica del dolor at HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

MATERIAL AND METHODS: Quasi-experimental study. An their instructional intervention to a group of end-stage chronic diseases patient's caregivers , the level of resilience was measured before and after attending the intervention and one month after having gone and compared with a control group who did not attend the intervention Sociodemographic surveys and the Mexican resilience test were conducted in the period June 2014 - August 2014

RESULTS: The targets of assessing the usefulness of the instructional intervention reinforcing the level of resilience in informal primary caregivers who support patients with terminal chronic diseases and come to the Pain Clinic were met. The results shows that the experimental group after the intervention increased the level of resilience 21.1% and increases an additional 21.2% it resilience level after one month later of the intervention.

CONCLUSIONS: This instructional intervention is useful in strengthening the resilience level in informal primary caregivers who support patients with terminal chronic diseases and come to the Pain Clinic at HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

KEY WORDS: Resiliency level in informal caregivers. terminal chronic diseases, instructional intervention.

INTRODUCCION.

El término de Resiliencia es un constructo de la Psicología de interés en diversas investigaciones durante las últimas dos décadas, basándose en un modelo de prevención de alteraciones de salud mental, caracteriza a aquellos sujetos que a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. La resiliencia implica algo más que la mera posibilidad de sobrevivir a un evento negativo, atravesarlo o eludirlo. No todos los que sobreviven a situaciones adversas son resilientes, algunos quedan atrapados en su condición de víctimas, impedidos para crecer debido a la ira y la culpa. La resiliencia permite a las personas curar bien sus heridas, tomar las riendas de su vida, amar y tener una existencia plena.

Aunque toda la familia se ve afectada por una enfermedad terminal, se enfrentan a situaciones desfavorables en las áreas emocional, social, familiar y física, en la mayoría de los casos es solamente un individuo generalmente un integrante de la familia quien asume el cuidado principal del enfermo ²⁴. Por lo que es importante que el equipo de salud ayude a concientizar a las personas de los recursos con los que cuentan para salir adelante y servir de apoyo y guía para fortalecerlos y que esto les sirva para superar los retos a los que se enfrentan y que puedan continuar con su vida en situaciones óptimas a pesar de la situación crítica por la que atraviesan. Un diagnóstico de cáncer y su tratamiento subsecuente pueden llevar a un impacto devastador en la calidad de vida de una persona, así como de la vida de la familia y de otros cuidadores. Estudios demuestran que los pacientes quieren asegurarse que sus familias y cuidadores recibirán apoyo durante su enfermedad y si ellos mueren sobrevivirán a su duelo. ²⁸ El proporcionar apoyo a la familia o al cuidador principal es un tema básico porque la familia constituye con el enfermo una unidad de tratamiento. Lo que le sucede a uno influye en las dos partes ³². La calidad de vida de los pacientes puede mejorar no sólo cuando se hace sentir mejor a los pacientes, sino cuando éstos sienten que estamos tratando de ayudarles y se da soporte a su familia.

I.- ANTECEDENTES

I.A.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS EN RESILIENCIA

En el estudio Resiliencia: Diferencias por Edad en Hombres Mexicanos realizado por González Arratia en el año 2013, se examinaron los niveles de Resiliencia según edad y sexo en una muestra de 607 participantes divididos en cuatro grupos: Grupo de niños de 9 a 14 años de edad (182 niños), Grupo de adolescentes de 15 a 17 años de edad (n=136), Grupo de adultos jóvenes de 18 a 30 años (n=137) y el grupo de adultez media de 31 a 59 años de edad (n=112), por sexo 61.4% fueron mujeres (n=373), y hombres 38.6% (n=234). La resiliencia fue medida con el Cuestionario de Resiliencia (González Arratia 2011), se encontró en el grupo de adultos jóvenes mostró que el 77.9% de este grupo mostró un nivel de Resiliencia alta, en el grupo de adolescentes se encontró que el 66.9% mostró un nivel alto de Resiliencia, en el grupo de adultez media el 61.6% mostró Resiliencia alta y en el grupo de niños el 46.7% mostró un nivel de Resiliencia baja. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal en el que se cumplió el criterio de Kaiser ($KMO=.90$, $p=.001$) con una varianza explicada de 40.30% y un Alfa de Cronbach con los 32 reactivos de 0.890. Con base en los resultados obtenidos se confirma que el cuestionario de resiliencia de González Arratia cuenta con propiedades psicométricas satisfactorias y que es una medida válida y confiable para la medición del constructo en los diferentes grupos de edad. Respecto a las diferencias por sexo, se encontró que las participantes mujeres puntuaron más alto en las tres dimensiones de resiliencia. Finalmente, estos resultados nos permiten reflexionar que se debe continuar con el estudio de los factores como la edad y el sexo, así como su ambiente afectan a la igualdad de las personas, lo que significa que se deben incorporar, objetivos, metas e indicadores que respondan a las diferentes etapas de la vida.¹

En el estudio Resiliencia y Personalidad en Adultos realizado por González Arratia y Valdez Medina en la Universidad Autónoma del Estado de México. Con el propósito de investigar la relación entre personalidad y resiliencia, con una muestra de 74 participantes de ambos sexos entre 24 y 59 años de edad, se les aplicaron dos instrumentos el Cuestionario de Resiliencia y el inventario de personalidad. Se inició por comprobar las puntuaciones de los niveles de Resiliencia. Se encontró en el grupo de baja resiliencia correspondió al 43.24% de la muestra y el grupo de Alta Resiliencia el 29.73% de la muestra y la comparación entre ellos se hizo con la prueba U de Mann Whitney que indica que si hay diferencia entre el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

grupo de alta y baja resiliencia. Se efectuó un análisis de t de Student para observar si había diferencias de acuerdo al grupo alta-baja resiliencia y se encontraron diferencias estadísticamente significativas que indican mayor ansiedad, hostilidad, depresión e impulsividad en el grupo que presenta baja puntuación en resiliencia, mientras que en el grupo con alta resiliencia hay mayor sentido del deber (factor responsabilidad). Respecto al factor neuroticismo se presenta en mayor medida en los individuos con baja resiliencia el resto de las facetas y factores no se encontraron diferencias significativas. Respecto a variables edad y sexo no encontraron diferencias significativas en las variables estudiadas.²

Matus Donoso et al realizaron un estudio llamado Personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal, las participantes fueron cien cuidadoras de pacientes con cáncer terminal atendidos en la Unidad de cuidados paliativos y alivio del dolor del Hospital Las Higueras de Talcahuano. Las participantes con edades de entre 27 y 68 años, 33% tenía educación media y 42% educación superior, la mitad de las pacientes realizaba algún tipo de trabajo remunerado, en cuanto a relación de parentesco 46% de las cuidadoras principales eran hijas, 15% esposas y 14% hermanas, 68% contaban con la colaboración de personas que podían reemplazarlas en el cuidado del enfermo. Se aplicó el instrumento de personalidad resistente de Moreno y cols, compuesto por 21 items con formato de respuesta tipo Likert, se puede obtener un puntaje global de personalidad resistente y un puntaje en cada una de las dimensiones (compromiso, control y desafío), se aplicaron además la Escala de estrés percibido y escala de bienestar psicológico de Ryff. En los resultados se obtuvo un promedio en Personalidad resistente corresponde a 81% del máximo posible lo que indica un alto nivel de esas características en este grupo, y así también en cada una de las dimensiones de este constructo. En cuanto al estrés percibido, el valor promedio obtenido corresponde a 43% del máximo posible, lo que indica un nivel relativamente bajo de esta variable en las participantes. Respecto al bienestar psicológico global, el promedio correspondió a 74% del máximo posible lo que evidencia un nivel relativamente alto de bienestar en la muestra. En el análisis de correlación entre el bienestar psicológico y la personalidad resistente se observa que hay relaciones significativas entre estos constructos, tanto globalmente como respecto a las dimensiones que los componen.³⁴

Crespo Fernández en el artículo El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Rico en el año 2012, de la Revista Puertorriqueña de Psicología, con diseño

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cuantitativo y exploratorio, con el propósito de explorar la relación mente- cuerpo en la evolución de la enfermedad y de su recuperación, una vez las pacientes se hubiesen sometido al tratamiento de cáncer, se entrevistaron a cuatro mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, todas contaban con grados universitarios y trabajaban en empresas privadas. La edad media de edad era de 48.8 años, las cuatro pacientes consideraron sentirse beneficiadas luego de haber afrontado el diagnóstico de cáncer y su concomitante tratamiento. Ellas reportaron haber salido fortalecidas del proceso hasta sentirse victoriosas luego del mismo. De acuerdo a lo reportado por estas participantes, la espiritualidad, las redes de apoyo y el optimismo sirvieron de factores protectores que las encaminaron a desarrollar la resiliencia necesaria para sobrevivir la condición. Concluyen que este estudio exploratorio puede servir de base para futuras investigaciones en las que se amplíe y midan los factores de resiliencia y el valor de los sistemas de apoyo, entre otros utilizando un diseño cuantitativo. ³

Siavash Talepasand y cols. Publicaron en el año 2013 en la Revista Iraní de Prevención de Cáncer que existen muchos estudios que demuestran que los pacientes con cáncer reportan mayor cantidad de problemas psicológicos comparados con los que no tienen cáncer, peor estado de salud y más limitaciones en la funcionalidad. Sin embargo a pesar de estos efectos adversos, algunos pacientes creen que su experiencia con el cáncer ha mejorado sus vidas. Actualmente en el campo de la psicología positiva, algunos factores brindan mayor compatibilidad con las necesidades de la vida, una de esas estructuras básicas es la Resiliencia. Según Masten en Siavash; la Resiliencia es un proceso, habilidad o resultado de una adaptación exitosa ante una situación amenazante y define una adaptación positiva en respuesta a una condición adversa. ⁴

Un estudio realizado por Gotay et al. en pacientes con cáncer de seno, estómago y pulmón mostraron que la resiliencia se relaciona con mejor calidad de vida y menores niveles de depresión. Los tratamientos médicos convencionales para cáncer y sus efectos secundarios reducen la calidad de vida y la resiliencia es una fuerte construcción psicológica y puede jugar en papel contrastante. ⁴

En el artículo Resiliencia y Calidad de Vida en pacientes con cáncer: Rol moderador de la duración del conocimiento, se seleccionaron 105 pacientes, el objetivo de este estudio era revelar si el tiempo de duración del conocimiento de cáncer juega un rol moderador en la relación entre calidad de vida y resiliencia. En los resultados se encontró que los pacientes que sabían de su enfermedad por más de doce meses, hubo una relación significativa entre

en valor de entre resiliencia y calidad de vida en niveles altos de resiliencia. En otras palabras, el solo ser resiliente no es suficiente. Si el nivel de resiliencia es más alto que un punto en especial, puede ayudar a mejorar la calidad de vida global de una persona. Mientras que en estudios previos reportaron que la resiliencia tiene una relación positiva con la calidad de vida. Los resultados de este estudio mostraron que en altos niveles de resiliencia, esta relación es diferente en pacientes que han conocido su diagnóstico de cáncer por más de doce meses. En pacientes que sabían de su enfermedad por más de doce meses con altos niveles de resiliencia mostraron una positiva y significativa relación con las dimensiones físicas de calidad de vida. Mientras que en pacientes que conocían sobre su enfermedad por menos de 12 meses, los índices de resiliencia mostraron una relación significativa con la dimensión emocional de calidad de vida. En otras palabras con la evolución del cáncer, los cambios en aspectos emocionales de calidad de vida no son los mismos como en el primer año; y en este aspecto el paciente gradualmente encuentra que el tratar con este problema emocionalmente no lo puede ayudar. ⁴

I.B.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL DEL CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS TERMINALES.

En el artículo Resiliencia de madres de hijos con cáncer, se menciona un meta-análisis de intervenciones psicológicas en enfermedades crónicas realizadas por Martire, Lustig, Schulz, Miller y Helgeson, en el que procedieron a hacer una revisión de estudios elegidos comparando intervenciones dirigidas al paciente y a miembros de la familia. En lo referente a los estudios dirigidos a los pacientes, las intervenciones tienen efectos positivos sobre la depresión cuando la pareja es incluida, incluso en los casos de pronóstico de muerte del paciente. Asimismo, han demostrado que los parientes cercanos de los pacientes experimentan pobre bienestar psicológico, disminuye la calidad de vida de la relación con el paciente y reducen su salud física ⁵. Sin embargo, también es posible considerar que no todas las personas que cuidan de otros sufren estrés, pues parece que encontrar sentido a la situación que atraviesa un familiar con cáncer ayuda a una mejor adaptación a la situación y a un mayor bienestar de los cuidadores. De tal forma que es importante que los estudios valoren tanto los aspectos positivos como negativos de la labor del cuidador y analicen la relación entre ellos para poder comprender mejor los efectos de esta compensación sobre el bienestar del cuidador. ⁵

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cortés Funes en el artículo Adaptación Psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal, con una muestra de 54 pacientes oncológicos y 45 familiares, se administraron tres escalas que miden estado de ánimo, calidad de vida (apoyo social y satisfacción general) y estructura familiar. Los resultados de esta investigación reflejan la relación existente entre la adaptación psicosocial del paciente oncológico y su familiar en situación de ingreso, la muestra de 94 personas (pacientes oncológicos y familiares); en los resultados se indica que la ansiedad del familiar es significativamente superior a la del paciente. El funcionamiento familiar percibido por el paciente correlaciona negativamente con la depresión familiar, y concluye que la adaptación psicosocial del paciente y del familiar es diferente por ello la intervención psicológica durante el ingreso debería centrarse en atender conjunta e individualmente las necesidades del paciente y el familiar fomentando las redes de apoyo del familiar, facilitando una mejor comunicación con el paciente, reduciendo la ansiedad del familiar y atendiendo a las necesidades físicas, edad y estado civil del paciente. ⁶ Diversos estudios coinciden en señalar que el hogar es el ámbito que pacientes y familiares prefieren para el cuidado del enfermo terminal y donde transcurre la mayor parte del último año de vida. Los cuidadores se han convertido en un componente importante de los cuidados paliativos. En el estudio Perfil de cuidadores de enfermos en cuidados paliativos de Luxardo en el año 2009 se identificaron los perfiles sociodemográficos de los cuidadores encontrando que el 84% eran mujeres, 40% cónyuges, 34% hijos, 24% otros familiares, la media de edad fue de 58 años con una mediana de 60 años, el 64% tenía estudios secundarios o universitarios completos. ⁴⁴

II.- MARCO TEÓRICO.

II.A.- TEORIAS Y MODELOS QUE EXPLICAN LA RESILIENCIA, SU IMPORTANCIA, LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN ELLA.

II.A.1 DEFINICIÓN DE RESILIENCIA.

¿Por qué algunas personas pese a las situaciones adversas, traumatismos graves y amenazas contra su desarrollo, logran salir adelante y desarrollarse de forma positiva y armoniosa, a pesar de que todo predice una evolución negativa? Esta pregunta ha sido el punto de partida de los estudios sobre resiliencia y este término está transformando, poco a poco, las prácticas de las ciencias sociales y de la salud.⁷

El término resiliencia surge para dar una explicación de casos en donde se ha observado que algunos seres humanos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social. En física, resistencia es la acción de un cuerpo contra una fuerza opuesta. Resiliencia, anglicismo proveniente del término resiliency, Viene del verbo *resilio* que significa saltar hacia atrás, rebotar, repercutir cuyo significado es: resistencia de los cuerpos a los choques con habilidad para recuperarse o ajustarse nuevamente. Fue adoptado por las Ciencias Sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. Específicamente en el caso de la Psicología, la palabra no se limita a la resistencia, sino que conlleva un aspecto dinámico que implica que el individuo traumatizado se sobrepone (se desarrolla tras una pausa) y se reconstruye.⁵

Los orígenes del estudio sistemático de la resiliencia, dentro del contexto general de la psicopatología del desarrollo, se remontan a los años setenta, época en que surgió el estudio de la salud del comportamiento, de las competencias y la adaptación desde una perspectiva del desarrollo humano.⁸

El estudio de la resiliencia tiene sus raíces en el estudio de poblaciones en riesgo de psicopatología, como parte de un esfuerzo de estudiar el proceso y curso de la etiología de los problemas. El fenómeno de los individuos con un desarrollo exitoso entre grupos de niños en riesgo alto, inspiraron a un grupo de investigadores a estudiar los procesos que podían explicar ese fenómeno, este trabajo incluye una considerable variedad de factores

de riesgo, resultados y posibles procesos mediadores o moderadores de diversas situaciones y culturas, que constantemente apunta a una serie de factores ligados a tener mejores consecuencias en la adolescencia y transiciones de mayor éxito de la infancia a la adolescencia y de la adolescencia a la edad adulta. Es así como la resiliencia, un constructo que representa la adaptación positiva a pesar de la adversidad ha recibido gran atención en las últimas décadas.⁸

La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica que fomenta la salud mental.⁹

Para la palabra resiliencia, no existe aún un consenso sobre su definición, ya que son muchos los autores que incorporan el concepto; pero casi todas las que figuran en la bibliografía intentan explicarla en términos generales como: proceso, capacidad, crecimiento, enfrentamiento y habilidad.⁵

DEFINICIONES DE RESILIENCIA

| Definición | Fuente consultada. |
|--|---|
| Es la capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas y exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas que amenazan su integridad. | Maricarmen Jiménez Colín 2013 ¹⁰ |
| Para algunos autores como Masten, Best y Garmezy, la resiliencia se refiere al proceso de, capacidad para o resultado de una adaptación exitosa a pesar de las circunstancias desafiantes o amenazantes. | Maricarmen Jiménez Colín 2013 ¹⁰ |
| Suárez en Jiménez Colín: la resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, es decir, le permite contender con el estrés de la vida cotidiana y con las situaciones difíciles, sin que necesariamente se | Maricarmen Jiménez Colín 2013 ¹⁰ |

| | |
|---|---|
| <p>refiera a recuperación después de haber experimentado un trauma.</p> | |
| <p>Según Luthar en Esteban: Tanto a nivel individual como familiar el concepto resiliencia se concibe como una fuerza que se opone a la devastación potencial de la adversidad: no es posible hablar de resiliencia en ausencia de condiciones de adversidad con alta probabilidad de generar resultados negativos en una persona o grupo (Luthar et al. 2000; Masten & Obradovic, 2006).</p> | <p>Esteban 2010 ¹¹</p> |
| <p>La adversidad es el germen de la resiliencia, el dolor es la semilla de la superación y los obstáculos son el incentivo al esfuerzo sostenido hacia una meta que caracteriza a las personas y familias resilientes (Cyrułnik, 2003).</p> | <p>Esteban 2010 ¹¹</p> |
| <p>La resiliencia, ya sea vista en personas o familias, no es una cualidad estática, un rasgo o característica inmutable, sino que es un proceso dinámico y cambiante que se manifiesta frente a ciertas exigencias, mientras que puede no observarse en otras condiciones o momentos (Kalawski & Haz, 2003).</p> | <p>Esteban 2010 ¹¹</p> |
| <p>La resiliencia es un constructo que se define como competencia personal ante la adversidad significativa (Hamill, 2003). En este proceso la persona logra hacer frente a las situaciones adversas y se involucra para tener éxito. No es hacer lo que los demás quieren de esta persona, sino lo que ella necesita hacer para obtener un bienestar psicofísico y sentirse bien. (3, 2012)</p> | <p>Leila Crespo 2012 ³</p> |
| <p>Capacidad personal de sobreponerse a las presiones y dificultades que, en su lugar, otra persona no podría lograr (Trujillo, 2006)</p> | <p>Myriam Rodríguez, 2011. ⁹</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Soportar retos perturbadores en la vida y recuperarse de la adversidad (Greff y loubser, 2008)</p> | <p>Myriam Rodríguez, 2011.⁹</p> |
| <p>Hacer frente a situaciones muy adversas, aceptándose y restaurando el equilibrio en la vida personal y evitando el efecto deletéreo potencial del estrés (Carnaval, González y Sánchez,2007)</p> | <p>Myriam Rodríguez, 2011.⁹</p> |
| <p>Conjunto de conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona en su proceso de adaptación a la adversidad y que le permiten “rebotar” de experiencias difíciles (traumas, tragedias, amenazas, problemas familiares o de relaciones interpersonales, enfermedades crónicas o situaciones estresantes laborales y financieras) como si fuera una bola o un resorte (APA, 2004)</p> | <p>Myriam Rodríguez, 2011.⁹</p> |
| <p>Conjunto de fortalezas que poseen los individuos o las familias, que les permiten superar la adversidad y que se integra de factores de riesgo y/o vulnerabilidad, factores positivos y/o de protección, indicadores de capacidad de recuperación y de resultados anteriores de la resiliencia</p> | <p>Maricarmen Jiménez Colín 2013.¹⁰</p> |
| <p>Proceso de hacerle frente a la adversidad, el cambio o la oportunidad de una manera que resulta en la identificación, la fortificación y el enriquecimiento de las cualidades elásticas o factores de protección.</p> | <p>Maricarmen Jiménez Colín 2013.¹⁰</p> |
| <p>Combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, Social y cultural (externos) que lo posibilitan a superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva.</p> | <p>González Arratia 2011,⁵</p> |
| <p>Capacidad de la persona para reaccionar y recuperarse de las adversidades, afrontarlas, resistirlas, sacar fuerza, no derrumbarse a pesar de las situaciones difíciles, en un proceso de</p> | <p>Garrido 2013.¹²</p> |

| | |
|---|--|
| adaptación con éxito y de transformación personal que le permita salir airoso de la situación a pesar de los riesgos y de la propia adversidad. | |
|---|--|

II.B.- TIPOS DE RESILIENCIA.

Se han distinguido diversos tipos o modalidades de resiliencia:

- a) Resiliencia individual: un individuo, en su carácter personal sobrepasando un hecho traumático, aunque mantenga algún recuerdo, queda fortalecido ¹²
- b) Resiliencia psicológica, como una combinación de rasgos personales positivos y de respuestas o conductas de afrontamiento que facilitan la gestión exitosa de los cambios inesperados o estresantes en la vida ⁹
- c) Resiliencia familiar, como el conjunto de procesos interactivos entre los miembros de la familia que fortalecen, con el transcurso del tiempo, tanto a cada individuo como a todo el grupo, permitiéndoles acomodarse a sus diversos estilos de organización o creencias, recursos y limitaciones internas, así como a amoldarse a los desafíos psicosociales que se les plantean desde fuera de la familia. ⁹
- d) Resiliencia comunitaria, como el conjunto de valores, disposiciones y movilizaciones colectivas que permiten a ciertas poblaciones enfrentar solidariamente los daños causados por desastres naturales a sus comunidades, saliendo finalmente exitosas de tales crisis y con una nueva autoimagen de fortaleza y cohesión entre las personas involucradas en dichos eventos. ⁹
- e) Resiliencia vicaria, como efecto único y positivo que transforma al psicoterapeuta en respuesta a la propia resiliencia de un paciente sobreviviente de un trauma, proceso que podría darse también en forma generalizada en otros ámbitos distintos, como el de familiares, amigos o grupos laborales o religiosos, entre otros. ⁹
- f) Resiliencia espiritual, definida como la capacidad para responder a los factores estresantes, a la adversidad y a los eventos traumáticos, sin presentar síntomas

patológicos crónicos o verse disminuidas las capacidades vitales del espíritu (como son el poder pensar de forma racional, objetiva y equilibrada) y del cuerpo (básicamente funcionar de forma saludable), sino más bien resultando éstas fortalecidas ⁹

II.C.- IMPORTANCIA DE LA RESILIENCIA.

Desde hace algunos años ha aumentado el interés por conocer a personas que desarrollan competencias a pesar las condiciones adversas y ha adquirido especial protagonismo la aplicación en diversos campos científicos del concepto resiliencia. La resiliencia es un concepto más práctico que científico, con un enorme potencial desde distintas áreas, permitiéndonos sistematizar y poner en práctica aquello que hacemos de forma cotidiana.

¹²

La resiliencia implica algo más que la mera posibilidad de sobrevivir a un evento negativo, atravesarlo o eludirlo. No todos los que sobreviven a situaciones adversas son resilientes, algunos quedan atrapados en su condición de víctimas, impedidos para crecer debido a la ira y la culpa. La resiliencia permite a las personas curar bien sus heridas, tomar las riendas de su vida, amar y tener una existencia plena. La resiliencia no sólo debemos activarla durante circunstancias desfavorables, sino que es necesario hacerlo dentro de las condiciones normales de desarrollo como un factor de protección, como un capital psíquico al que poder recurrir en caso de necesidad, de ahí su valor preventivo en educación y su posibilidad de promoción desde el ámbito educativo. ¹² Autores como Keltner y Walter en González- Arratia, mencionan que no es una condición que una persona goce de buena salud para ser resiliente, sino que en muchos casos, el problema de salud, es el agente desencadenante de la resiliencia. ⁵

II.D.- MODELOS PARA ENTENDER LA RESILIENCIA.

Existen diferentes maneras de entender la resiliencia y diferentes enfoques para promoverla. Por una parte encontramos el modelo anglosajón, llamado también enfoque psicobiológico de la resiliencia, que da importancia a la interacción persona-ambiente y a las diferentes formas en que las personas responden ante las amenazas del medio. Este enfoque ha derivado dos generaciones de investigaciones: Una generación de genetistas e individualistas que orientaron sus estudios partiendo de la pregunta acerca de qué

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

distingue a los niños que, pese a la adversidad, se adaptan positivamente, destacado en esta línea de investigación a Werner y Smith en Garrido, que organizaron las cualidades personales consideradas como factores resilientes por tres niveles: atributos individuales, características familiares y condiciones sociales y ambientales. Otra generación de investigadores que orientó sus trabajos acerca de la cuáles son los procesos asociados a la adaptación positiva dada la adversidad. Este enfoque distingue de manera especial a Rutter en Garrido que centra su atención en la identificación de los mecanismos protectores en lugar de en los factores protectores o de riesgo.¹²

El modelo europeo, enfoque que da prioridad a la teoría del vínculo. Los principales representantes son Tomkiewicz, y Cyrulnik, Manciaux, Vanistendael, entre otros, que consideran las teorías del vínculo y se centran en aspectos psicológicos, como la relación entre el sujeto, su comportamiento y el medio. Este modelo considera que en la construcción de respuestas resilientes están determinadas por los factores individuales y culturales que determinan la manera de ver el mundo y las experiencias traumáticas. Además, para los europeos es más importante trabajar con la persona, que se encuentra en situación de riesgo, que modificando el ambiente enriqueciéndolo con mecanismos protectores. Por lo que, introdujeron el concepto de tutor de resiliencia para referirse a los profesionales que facilitan a sus pacientes tener una visión optimista y optimizante de su situación.¹²

El modelo latinoamericano, enfoque que da prioridad a la comunidad por lo que la resiliencia es comunitaria, entienden el proceso salud-enfermedad como una situación colectiva causada por la estructura de la sociedad y por los atributos del proceso social. De este modo, se modifica el objeto de estudio y la postura del observador. Así, se considera que las comunidades resilientes cuentan con un muro protector surgido de sus propias condiciones y valores, que les permite transformar los eventos negativos y construir sobre ellos. Este enfoque cuenta con unos pilares fundamentales como la autoestima colectiva, identidad cultural, humor social y honestidad colectiva. Éstos deben complementarse con la capacidad de liderazgos participativos, una democracia efectiva en la toma de decisiones y una sociedad en la que no exista la discriminación.¹²

II.D.1.- LA RESILIENCIA VISTA COMO RESULTADO

Tomando la Resiliencia como resultado donde la persona supera la adversidad, ha sido apoyada por las investigaciones de Rutter en Hernández quien hizo sugerencias a la metodología de investigación, tales como prestar atención al definir y delimitar las variables y los resultados que indiquen si hay o no Resiliencia. Este tipo de estudios usualmente involucra dos categorías: la primera contempla pobres resultados en el desempeño del individuo, por ejemplo, el ejecutar conductas delictivas, el embarazo en la adolescencia, o el consumo de drogas y abuso del alcohol, abandono de la carrera, abandono de los trabajos y aislamiento social. La categoría que se enfoca a resultados positivos como puede ser mantenerse en el colegio, lograr un buen rendimiento académico, lograr relaciones saludables con pares, etc. Puede decirse que se basa en las competencias del individuo. ¹³

II.D.2.- RESILIENCIA COMO PROCESO

Como un proceso, la Resiliencia toma la relación entre los factores de riesgo y los resultados, ya sean éstos positivos o negativos, se ven mediados o moderados por la relación con otras variables en el momento de encarar la adversidad. Los procedimientos usados para estudiar los procesos, son la mediación y moderación de ciertas variables. Un ejemplo de ello, son las investigaciones realizadas por Frederickson y Joiner y Frederickson y Levenson en Hernández que evidenciaron a las emociones positivas como factor para mediar la adaptación después de vivir un riesgo considerable; el resultado de adaptación estuvo determinado por la ausencia de depresión y ansiedad. ¹³

Autores como Fergus y Zimmerman, Garmezy, Masten y Tellegen, Luthar y Zigler en Arenas Landgrave han propuesto que los estudios sobre resiliencia se basan en tres modelos estadísticos generales, dentro de los que se encuentran:⁸

- a) El modelo compensatorio
- b) El modelo desafiante
- c) El modelo de protección vs vulnerabilidad.

II.D.3.- MODELO COMPENSATORIO.

Este modelo es lineal y su nombre se debe a que un mecanismo compensatorio neutraliza la exposición de una persona ante el riesgo; de tal forma que el mecanismo tiene un efecto directo en los resultados. El factor de riesgo o estrés, más un factor compensatorio, como

la autoestima, se combinan para producir un resultado en las competencias. Dicho resultado es un indicador de resiliencia en el individuo. Dicho en otras palabras este modelo es definido cuando un factor de protección contra actúa u opera en una dirección opuesta a un factor de riesgo.⁸

II.D.4.- MODELO DESAFIANTE.

Este modelo sugiere una relación curvilínea entre el estrés percibido y la adaptación, de tal forma que la experiencia de estrés puede aumentar o bien reducir la competencia en el individuo. Bajo este modelo tener poco estrés es un desafío insuficiente, pero tener mucho estrés crea un sentimiento de desamparo en la persona, de esta forma el estrés óptimo contribuye a la adaptación a través del proceso de desafío, el cual da como resultado la preparación para el próximo encuentro estresante.⁸

II.D.5.- MODELO DE PROTECCIÓN VULNERABILIDAD.

Este modelo refleja una relación condicional entre el estrés y los atributos personales en lo que respecta a la adaptación, de tal forma que los atributos personales modulan (amortiguan o amplifican) el impacto del estrés visto como una variable. Bajo esta conceptualización, algunos atributos personales de los individuos son vistos como protectores considerando que aquellas personas que tienen niveles altos del atributo específico están poco afectadas por el estrés y aquellas que tienen niveles más bajos del atributo expresan menores competencias a pesar de tener niveles similares de estrés.⁸

II.D.6.-MODELO ENFOCADO A LAS VARIABLES

Este examina el vínculo entre las características del individuo, el ambiente y las experiencias. El objetivo es tratar de encontrar aquellos elementos que son importantes y que favorecen la obtención de buenos resultados como indicadores de adaptación cuando el riesgo o la adversidad son altos.¹³

Masten y Reed en Hernández con el modelo de Resiliencia enfocado en la variable propusieron tres sub-modelos de Resiliencia los cuales sometieron a pruebas empíricas. Uno de ellos es el relacionado con “aditivos”, donde las cualidades y los riesgos contribuyen de manera independiente al desempeño de las personas (a que “tan bien” lo hacen en la vida) con respecto a las variables resultados que el investigador se haya fijado. Los factores

de riesgo regularmente incluyen variables bien establecidas, como por ejemplo un hogar con un solo padre en el caso de los niños, o baja escolaridad en el caso de los adultos y tienen efectos si están presentes en el resultado. Los recursos de protección solo tienen influencia positiva si están presentes, pero no tienen efectos negativos si están ausentes, además pueden tener “efectos compensatorios” ante los riesgos ¹³ Algunos programas de intervenciones destinados a aminorar las amenazas y mejorar la respuesta de los individuos, están basados en este tipo de modelos.

II.D.7- MODELO ENFOCADO A LA PERSONA

En este modelo se encuentran 3 tipos de submodelos y que han jugado un rol clave en el estudio de la Resiliencia: 1) El primero deriva de los casos de estudios de individuos que han inspirado la investigación e ilustrado hallazgos en el tema. 2) Otro procedimiento es identificar a los individuos que están en riesgo muy alto y que a pesar de ello muestran buena adaptación (“lo están haciendo bien”).

Esta es la aproximación clásica de los estudios de Resiliencia, ejemplificado por los estudios longitudinales de Werner y Smith en Hernández realizados en Kuwait. Estos investigadores identificaron un grupo de niños nacidos en 1955 y que a sus dos años de vida se encontraban en condiciones de alto riesgo para su desarrollo. Cuando los niños tenían de 10 a 18 años, se identificaron dos grupos: los niños del primero mostraban que habían desarrollado competencias y “lo estaban haciendo bien” en diferentes dominios de desarrollo y de salud mental. Estos niños “resilientes” fueron comparados con el segundo grupo formado por niños en alto riesgo y cuyas competencias mostraban que no lo habían hecho “tan bien” como los primeros. Los resultados indicaron muchas diferencias que empezaron desde las etapas más tempranas de la vida y que favorecían al grupo resiliente, entre las cuales se pueden mencionar mayor calidad en los cuidados de crianza, alta autovalía o auto-estima, mejor funcionamiento intelectual y contar con más apoyo de alguna persona. ¹³

Sobre este modelo podemos señalar que identifica a las personas resilientes para tratar de entender cómo se diferencian de otras personas que no logran afrontar muy bien la adversidad o quienes no han superado las amenazas en su desarrollo. La aproximación refleja una perspectiva configuracional, en donde el individuo es visto como resiliente porque “lo está haciendo bien” en múltiples formas, más que sólo en un dominio. ¹

II.E.- FACTORES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA.

La American Psychological Association (APA, 2004) reconoce los siguientes factores como los más importantes en la afirmación de la resiliencia personal a nivel general⁹.

- 1) Tener relaciones de amor, cariño, apoyo, amor, confianza, dentro y fuera de la familia, que provean modelos a seguir y que ofrezcan estímulos y seguridad.
- 2) Capacidad para hacer planes realistas y seguir los pasos necesarios para llevarlos a cabo.
- 3) Tener una visión positiva de sí mismo y confianza en las propias fortalezas o habilidades.
- 4) Destreza en la comunicación y en la solución de problemas.
- 5) Capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes.

II.E.1.- FACTORES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO

| | |
|----------------------|--|
| Niños y adolescentes | <ul style="list-style-type: none"> • temperamento fácil • actitud reflexiva • receptividad de los demás • género femenino • capacidad intelectual igual o superior al promedio • competencia escolar • sentido del humor • creatividad • tolerancia a las frustraciones • participación en algún grupo religioso como refuerzo social a los valores y políticas parentales de crianza. • firmes creencias religiosas • entorno comunitario donde exista autoestima colectiva • identidad cultural • humor social • honestidad estatal • solidaridad grupal |
|----------------------|--|

| | |
|-----------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • procesos de aprendizaje escolar basados en la actividad conjunta • cooperativa entre los estudiantes y los docentes. |
| Jóvenes. | <ul style="list-style-type: none"> • expectativas altas • metas apropiadas a su edad comunicadas de manera consistente, con claridad y firmeza. • apertura de oportunidades de participación. • reforzamiento comunitario de la autoestima y de valores espirituales o trascendentes como la honestidad, la solidaridad y la compasión, la creatividad y la estética. • Paciente crítica y reflexión ante sus propias cualidades y límites, proyecto vital, la comunidad y la sociedad. |
| Adultos | <ul style="list-style-type: none"> • Lectura y reflexión • los estudios • el humor • los vínculos familiares • las expresiones culturales • creencias religiosas • el trabajo • el sentido de pertenencia • la participación comunitaria. |
| Adultos mayores | <ul style="list-style-type: none"> • fe en la religión • confianza en la familia • ayuda social • estilo de vida saludable • espiritualidad • valores • educación. |
| Mujeres | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo marital • Capacidad de planificación • locus de control interno |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • prácticas y creencias espirituales • relaciones y modelos femeninos fuertes • ubicación de la culpa fuera del yo • educación y entorno cultural resistente. |
|--|--|

Myriam Rodríguez 2011 ⁹

II.F.- HABILIDADES QUE DISTINGUEN A UNA PERSONA RESILIENTE.

De acuerdo con P.J. Mrazek y D. Mrazek en Jiménez Colín existen 12 habilidades que distinguen a una persona resiliente y son las siguientes. ¹⁰

- 1.- Respuesta rápida al peligro: es la habilidad para reconocer las situaciones que ponen en peligro al sujeto en riesgo.
- 2.- Madurez precoz: desarrollo de la capacidad de hacerse cargo de sí mismo.
- 3.- Desvinculación afectiva: se refiere a separar los sentimientos intensos sobre uno mismo.
- 4.- Búsqueda de información: se refiere a la preocupación por aprender todo lo relacionado con el entorno.
- 5.- Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir: es la capacidad para crear relaciones que beneficien a la persona en momentos críticos.
- 6.- Anticipación proyectiva positiva: se refiere a la capacidad de imaginar un futuro mejor al presente.
- 7.- Decisión de tomar riesgos: es la habilidad de asumir responsabilidad propia cuando se toman decisiones incluso si la decisión tiene algún riesgo.
- 8.- La convicción de ser amado: creer que se puede ser amado por los demás.
- 9.- Idealización del rival: la persona se identifica con alguna característica de su oponente.
- 10.- Reconstrucción cognitiva del dolor: es la habilidad para identificar los eventos negativos de la forma que sea más aceptable.
- 11.- Altruismo: se refiere al placer de ayudar a otros.
- 12.- Optimismo y esperanza: es la disposición de tomar positivamente las cosas que podrían ocurrir en el futuro.

II.G.- CUIDADOR DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.

El incremento de las expectativas de vida de la población con enfermedades crónicas, ha derivado a un importante número de avances en los estudios e investigaciones sobre el cuidado a enfermos. Los estudios se han centrado principalmente en el adecuado afrontamiento de la enfermedad y a la mejora en las condiciones y el cuidado del enfermo y su familia, registrando casi todos los estudios un menor deterioro sobre los efectos de la enfermedad y los tratamientos, y mejoras en la calidad de vida tanto del enfermo como de su familia. ¹⁶

El cuidado es la garantía para la sobrevivencia de las especies, como hecho innato de los seres humanos por preservar su mundo, la conjugación de la naturaleza permite tanto a los seres humanos, como también a cada especie buscar su propio bienestar, la continuidad de la misma e incluso dejar huella y legado en la historia del universo; por ello somos el resultado del cuidado y descuido ejercido los unos sobre los otros a través de la historia. ⁴⁰

II.G.1.- DEFINICION DE CUIDADO.

Para algunos autores el cuidado es la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida, es decir, es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio ⁴⁰.

Desde la enfermería como disciplina base del cuidado, se ha propuesto el concepto de cuidar como: aquella relación existente entre el cuidador (la persona que entrega cuidado) y la persona cuidada (quien se deja proteger y cuidar) componentes claves de esta interacción. Diversas son las personas que participan en el cuidado de un enfermo durante el transcurso de su enfermedad; su familia, los médicos, enfermeros, voluntarios, servidores sociales, psicólogos y una amplia red social. Cada una de estas personas interviene significativamente de alguna forma y en algún momento del proceso de la enfermedad, brindando soporte, apoyo emocional, espiritual, sustento material o económico; todo esto genera en el enfermo en mayor o menor proporción una estabilidad y dependencia de esta red social de cuidado ¹⁶

Se ha asentado que “tradicionalmente la familia ha desempeñado un importante rol en el restablecimiento y mantenimiento de la salud y en el bienestar de sus miembros”; en este sentido, el cuidador familiar ha realizado una contribución importante al sistema formal de salud en el cuidado de las con dependencia. Como consecuencia de ello, cada día más personas con enfermedades graves, dependientes o en situación terminal son atendidas en el hogar ¹³

II.G.2.- TEORIAS DEL CUIDADO.

II.G.2.1.- LA TEORÍA DEL APEGO.

La Teoría del Apego nace para explicar las relaciones que se establecen en la infancia entre el niño y sus cuidadores durante la primera infancia. El apego consiste en un: “Lazo afectivo que una persona o animal forma entre el mismo y otro de su especie, un lazo que les impulsa a estar juntos en el espacio y a permanecer juntos en el tiempo. El establecimiento de un apego seguro facilita el desarrollo de determinadas competencias cognitivas y sociales; entre ellas se puede mencionar la permanencia de objetos y personas, la adquisición del lenguaje, la sensación de autoeficacia y la flexibilidad en las relaciones sociales. Piaget plantea que “existe un estrecho paralelismo entre el desarrollo de la afectividad y el de las funciones intelectuales, ya que se trata de dos aspectos indisolubles de cada acto. En toda conducta, en efecto, los móviles y el dinamismo energético se deben a la afectividad, mientras que las técnicas y el acoplamiento de los medios empleados constituyen el aspecto cognoscitivo (sensoriomotor o racional)”. Así pues la existencia de más o mejores recursos de enfrentamiento y adaptación positiva procuraran mejores resultados en el desarrollo del sujeto. De este modo aparece un concepto de vital importancia para evaluar la capacidad de un entorno de ofrecer factores de protección adecuados en la infancia, es el modelado del aprendizaje del menor a través de figuras a imitar que provocan la adquisición de habilidades positivas para la Adaptación Positiva ante situaciones potencialmente de riesgo. Bajo el punto de vista de la Resiliencia, estas Teorías clásicas sobre el Desarrollo Humano, aportan sustento a la existencia de factores de protección internos, relacionados con las capacidades innatas del sujeto para la Adaptación, y factores de protección externos, que tienen que ver con cómo un entorno ofrece recursos al niño para que este pueda hacer un desarrollo adecuado de sí mismo en base a la relación con otros dada su naturaleza social. El afrontamiento eficaz, por un lado ocurre en base a la utilización de un conocimiento ya existente, o por el otro a la generación

de uno nuevo, hecho que define el carácter dinámico, evolutivo y constructivista de la Resiliencia ¹⁴.

II.G.2.2.- TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON.

Según Watson en Rivera, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana- humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente. La teoría del Cuidado Humano de Jean Watson facilita y guía un cuidado humanizado de enfermería. El verdadero cuidado de enfermería tiene como núcleo la perspectiva, la necesidad y la prioridad del paciente o usuario, constituyéndose en la estructura viva (columna y corazón) del ejercicio profesional de enfermería y aporta conceptos como la relación transpersonal, la fenomenología y el cuidado como esencia (eje y corazón) de la práctica de enfermería, que moviliza al paciente hacia la armonía entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor ⁴⁰

Jean Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos, los cuales se detallan a continuación⁴¹.

1. El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades. ⁴¹
2. El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos.⁴¹

3. El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.⁴¹
4. Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.⁴¹
5. La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud. ⁴¹
6. La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. ⁴¹
7. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. ⁴¹

II.G.2.3.- MODELOS CONCEPTUALES TEÓRICOS DE LOS CUIDADOS

Los modelos conceptuales de los cuidados pueden clasificarse en función de su centro de interés. Representan diferentes puntos de vista y explicaciones sobre la naturaleza de los objetivos y el uso de teorías distintas sobre la persona o paciente. Se pueden clasificar según Mc Farlane en Ubeda Bonet en grandes grupos o tendencias:

- Los modelos de interacción se centran en la naturaleza de la interacción enfermera-paciente, se inspiran en el accionismo simbólico.
- Los modelos evolucionistas se centran en teorías de desarrollo o cambio. Incluye teorías de desarrollo y aplica la teoría evolucionista para describir tanto las tareas de la enfermera como del paciente.
- Los modelos del autocuidado, vida diaria, actividades de la vida cotidiana o necesidades humanas. Tienen como base las necesidades fundamentales para la vida y la salud. ⁴²

II.G.2.3.- EL MARCO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas, pertenece a tendencia de suplencia o ayuda. Henderson considera al individuo como un

todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales que se deben satisfacer. La finalidad de los cuidados es en conservar o restablecer la independencia de la persona en función de sus necesidades. La función del cuidador consiste en atender al individuo enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento (o evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que el realizaría por sí mismo si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Es decir la función primordial del cuidador es ayudar al paciente en sus actividades de la vida diaria, o sea en aquellas actividades que ordinariamente ejecuta sin ayuda como respirar, alimentarse, evacuar, descansar, dormir, moverse, realizarse la higiene, además de los actos relacionados con las relaciones sociales del enfermo, la adquisición de conocimientos, las ocupaciones productivas y recreativas. Estas necesidades se expresan de forma diferente en cada cultura y de cada individuo. ⁴

II.G.3.- EL ROL Y FUNCIÓN DEL CUIDADOR.

Se ha definido al cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad o enfermedad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”. Según Pinto, Ortiz y Sánchez en Romero, el cuidador es aquel que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica. Él o ella, participan en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad.¹⁶

II.G.3.1.- CUIDADORES FORMALES

Hugo Valderrama en Romero ha definido a los cuidadores formales como, “aquellas personas capacitadas a través de cursos teóricos- prácticos de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia para brindar atención preventiva asistencial y educativa al enfermo y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el hogar, hospital de día y servicios hospitalizados”.

El término cuidador formal, cumple una amplia gama de profesionales que trabajan junto con los médicos (enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales o técnicos sanitarios) en el cuidado de la salud¹⁶.

II.G.3.2.- CUIDADORES INFORMALES

Los cuidadores informales no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límite de horarios. Estos cuidadores asumen total responsabilidad en la tarea del cuidado del enfermo. Suelen ejercer este papel los familiares más cercanos al enfermo, algunos amigos íntimos de la familia o voluntarios de servicios sociales o asistenciales.¹³

La atención informal plantea dos cuestiones relacionadas con la equidad: la distribución desigual de los costes del cuidado entre hombres y mujeres, y el reparto de la responsabilidad de cuidar entre familia y estado. Las cargas diferenciales del cuidado entre hombres y mujeres plantean una desigualdad de género. La desigual capacidad real de elegir sobre el cuidado y de acceder a los recursos de ayuda para cuidar (fundamentalmente procedentes del mercado), según el nivel económico y educativo, plantea una desigualdad de clase social¹³.

La especial vulnerabilidad de los cuidadores y los trastornos psicosomáticos están relacionados con la escasez de ayuda recibida y la clara percepción de la inexistencia de tales ayudas. Las ventajas de la familia en su rol de cuidadora informal han sido señaladas por tener generalmente como objetivos mayor seguridad emocional, menor número de incomodidades y mayor intimidad, evitando al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización.¹⁶

II.G.3.3.- CUIDADOR PRIMARIO

Suele ser una persona de la red social quien ejerce un papel más estable durante el cuidado, alguien que se diferencia del resto, ya sea por su relación de parentesco o por algún motivo e interés intrínseco que estimula el desarrollo y el fortalecimiento de este vínculo. Es un hecho comprobado en diversas investigaciones que el cuidado de los familiares enfermos produce en los cuidadores problemas debido a la preocupación constante y la tensión que origina el cuidado del enfermo, entre las áreas más afectadas están:¹⁶

- Físico: cansancio, cefalea, dolores articulares.
- Psíquico; trastornos depresivos, trastornos del sueño, ansiedad, irritabilidad.
- Area social: disminución o pérdida del tiempo libre, soledad, aislamiento.

- Área laboral: absentismo y desinterés por el trabajo.

Hay ciertos rasgos que caracterizan el cuidado primario informal y que afectan muy directamente a su visibilidad y reconocimiento social. Se trata de un trabajo no remunerado, sin precio en el mercado, y esto se confunde con una carencia de valor. El cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco y pertenece al terreno de lo privado; se trata de “asuntos de familia”, en los que el resto de la sociedad no se implica. Se desarrolla en el ámbito doméstico, y, como tal, queda oculto a la arena pública. Y, finalmente, es una función adscrita a las mujeres como parte del rol de género; el cuidado de la salud de las personas que lo necesitan es “cosa de mujeres”.¹³

Existen muchos estudios que han reportado problemas sobre la salud física y psíquica del cuidador principalmente: problemas cardiovasculares, osteoarticulares, estados depresivos, insomnio, irritabilidad, nerviosismo, disminución de la autoestima. Además estos cuidadores utilizan menos los servicios de salud en comparación con el resto de la población y consumen mucho más fármacos.

En términos generales se identifican cinco rasgos comunes que describen a estos cuidadores en la experiencia de cuidado: 1) inmensa tristeza e impotencia ante la pérdida funcional del pariente; 2) cambios en la dinámica familiar; 3) sentimiento de frustración; 4) elevados niveles de estrés y desesperanza y 5) un progresivo aislamiento de la red social de apoyo.¹⁷

Se han descrito repercusiones importantes negativas sobre la salud del cuidador principalmente ansiedad y depresión. Existen descritas en la bibliografía evidencias sobre la eficacia de distintas intervenciones encaminadas a mejorar los cuidados a los pacientes y a aportar estrategias que permitan al cuidador afrontar este tipo de situaciones.¹⁷

II.H.- INTERVENCIONES EDUCATIVAS.

Las intervenciones de apoyo al cuidado informal, corresponden al conjunto de medidas adoptadas para facilitar, por un lado, la permanencia de la persona dependiente en la comunidad garantizando unos cuidados de calidad, y por otro lado a aquellas dirigidas a aminorar el impacto que supone para la familia en cuidado de un familiar dependiente.⁴²

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Todo proceso de intervención educativa tiene en su fundamentación unos principios que sirven de soporte para establecer el modelo de acción educativa. En líneas generales se señalan los siguientes:

- El tratamiento de la diversidad: Aprendizaje individualizado y personalizado.
- El aprendizaje cooperativo y participativo.
- Aprendizaje constructivo, significativo y funcional.
- Aprendizaje globalizado-interdisciplinar.
- El clima educativo: Elemento facilitador del crecimiento personal.
- El desarrollo del autoconcepto y de la autoestima.

1.- El tratamiento de la diversidad: Aprendizaje individualizado y personalizado

El Programa de Iniciación Profesional trata de responder a una diversidad de alumnado en el que existen claras diferencias en cuanto a su origen social, cultural, económico, étnico, lingüístico, de sexo, de religión y en cuanto a condicionantes físicos, psicológicos, etc., que se traducen en una diversidad de ritmos de aprendizaje, capacidades, formas de relación, intereses, expectativas, escalas de valores. Dicha diversidad constituye el reto más significativo para el proceso formativo, exigiendo que se consigan, en un espacio de tiempo relativamente corto, procesos remotivadores y habilitadores de capacidades para la inserción en la vida activa y/o su reinserción en el sistema educativo.

El tratamiento de la diversidad es posible si se parte de una evaluación inicial que ayude a definir qué necesita cada joven para alcanzar los objetivos planteados, cuáles son sus intereses, sus expectativas, sus valores, sus necesidades de manera que se puedan diseñar las respuestas más adecuadas, motivadoras y enriquecedoras posibles. Para ello sería necesario ofertar estrategias metodológicas variadas que permitan el aprendizaje en grupos y el aprendizaje individual, actividades ricas y complejas con distintos niveles de realización, utilización de recursos técnicos y materiales variados.

2.- Aprendizaje constructivo, significativo y funcional

La motivación que llama a insertarse en un programa de estas características, es la preparación para una inserción en el mundo del trabajo, y debe constituirse en el motor que da entrada a todo un conjunto de aprendizajes para el desarrollo de las capacidades, de habilidades, destrezas, y actitudes. Este elemento, la expectativa referida a la preparación,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

puede ser la propuesta organizadora de todos los aprendizajes en el contexto del centro. Constituye el punto de partida que da sentido a toda la propuesta educativa, que da pie a la construcción de nuevos aprendizajes y que permite que estos aprendizajes sean significativos y funcionales. Aprender significativamente quiere decir poder atribuir significado al material objeto de aprendizaje. Para ello es necesario: que ese nuevo aprendizaje se pueda relacionar con conocimientos previos de la persona que aprende, de manera que pueda conectar lo nuevo con lo ya conocido, produciéndose una reestructuración de este conocimiento previo que los contenidos propuestos en el proceso de enseñanza-aprendizaje no sean confusos o arbitrarios, sino que se caractericen por la estructuración, claridad y relevancia (significatividad lógica) que lo que se aprende tenga un sentido, sea funcional, es decir, pueda ser utilizado para la resolución de problemas en contextos distintos a aquel en el que se ha realizado o para acceder a nuevos aprendizajes.

3.- El aprendizaje cooperativo y participativo

Dar posibilidad de participación abre un camino para desarrollar la implicación de los participantes en su propio proceso de crecimiento personal, formativo y de desarrollo de las habilidades para su inserción en la vida activa e, incluso, en su reinserción en el sistema educativo. Esta dinámica participativa conlleva el desarrollo de iniciativas de aprendizaje cooperativo. La ayuda mutua entre los participantes y el aprendizaje entre iguales, la cooperación para apoyar a aquellos y aquellas jóvenes que se encuentran en situación de mayor dificultad en cualquiera de las dimensiones de la persona, el desarrollo de complementos formativos o actividades de refuerzo, apoyándose unos a otros, en la búsqueda de soluciones a los problemas individuales, grupales o colectivos.

4.- Aprendizaje globalizado-interdisciplinar

Desde la perspectiva formativa que se propone, la intervención de los educadores debe facilitar que el aprendizaje de dichos contenidos se lleve a cabo de una forma global, integrando unos y otros tal y como en la vida se encuentran.

5.- El clima educativo, elemento facilitador del crecimiento personal

El clima de centro supone el conjunto de características psicosociales, determinadas por todos aquellos factores o elementos estructurales, personales y funcionales de la institución que confieren un peculiar estilo a dicho centro condicionando la respuesta educativa.

6.- El desarrollo del autoconcepto y la autoestima

El desarrollo del autoconcepto y la autoestima positiva es una estrategia educativa, que abre expectativas para el proceso de desarrollo personal, social y encamina la toma de decisiones con relación a su incorporación a la vida activa en sentido positivo y estimulante. Se entiende como autoconcepto la percepción que cada uno tiene de sí mismo, lo que piensa cada uno o una que es, consciente o inconscientemente: cualidades y defectos, rasgos físicos y psicológicos, y por encima de todo, la autoestima, es decir, la actitud valorativa emocional hacia uno mismo. Es ésta, como elemento integrante y primordial del autoconcepto, la que debe concitar la atención del trabajo educativo.

La persona dotada de una autoestima positiva será capaz de asumir riesgos y aceptar responsabilidades, al mismo tiempo que sobrellevará las frustraciones y conflictos que la vida le depare a su propio desarrollo personal. Las personas con una autoestima negativa se sentirán infravaloradas e insatisfechas, transformando esta insatisfacción, bien en una inaceptación propia, generadora de comportamientos depresivos, bien en una agresividad hacia el entorno, a personas circundantes. El educador intentará producir en sus educandos efectos positivos. Esto supone una ambientación, un clima en el aula, una actitud de acercamiento al alumno o alumna tratando de percibir sus aspectos positivos, interesándose por su mundo, por sus cambiantes altibajos. Muchas veces esta actitud motivadora se traduce en una serie de palabras, gestos y otras manifestaciones no verbales, que ayudan al alumnado a descubrir y potenciar sus propios recursos, a aceptar las medidas disciplinares debidamente consensuadas.

III.- JUSTIFICACIÓN.

La resiliencia es un constructo de la Psicología positiva que ha cobrado mucho interés en diversas investigaciones durante las últimas dos décadas, basándose en un modelo de prevención de alteraciones de la salud mental mediante las fortalezas y recursos que el ser humano tiene frente de su a cualquier situación adversa.

En el caso de enfermedades crónicas terminales se considera a la resiliencia como un aspecto fundamental, ya que frente al diagnóstico el paciente y su familiar se enfrentan a situaciones desfavorables en las áreas emocional, social, familiar y física. Por lo que es importante que el equipo de salud ayude a concientizar a las personas de los recursos con los que cuentan para salir adelante y servir de apoyo y guía para fortalecerlos y que esto les sirva para superar los retos a los que se enfrentan y que puedan continuar con su vida en situaciones óptimas a pesar de la situación crítica por la que atraviesan.

A pesar del amplio interés de muchos investigadores para la comprensión del funcionamiento de familias sometidas a condiciones de adversidad, así como del estudio de la resiliencia en los últimos años, todavía existe una carencia significativa de publicaciones sobre intervenciones que promuevan la resiliencia, carencia que resulta más evidente en nuestro país.

Actualmente se considera que los familiares constituyen la primera ayuda de los pacientes con dolor crónico, por lo que ofrecerles información, recursos, apoyo emocional y social se ha revelado como un elemento coadyuvante en el tratamiento de la situación del dolor en conjunto³⁸.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IV.A.- DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACION EN ESTUDIO.

El estado de Aguascalientes cuenta con una población de 1,184, 996 habitantes de los cuales 576, 638 son hombres y 608, 358 son mujeres. 80.8% de su población en zona urbana y el 19.2% de zona rural. La población en edad laboral (entre 15 a 64 años) constituye 63.3% y la población mayor a 64 representa el 5%. El 78.5% cuenta con derechohabencia siendo la afiliación al IMSS representante del 57.0% de este grupo. ¹⁸

En la Clínica del Dolor del HGZ No.1 IMSS en el año 2013 se atendieron 230 pacientes con diagnóstico de Cáncer. Se estima que por cada enfermo hay un personal de ayuda informal. El perfil demográfico del cuidador primario que otras investigaciones han señalado es que en general este papel es desempeñado por el familiar femenino más próximo. La proporción de mujeres cuidadoras es casi tres veces mayor que la de los hombres. Ubicadas en una franja de edades entre media y avanzada. Cuentan con un bajo nivel de escolaridad. Generalmente son amas de casa, sin actividad laboral en el momento de la enfermedad. La mayoría de las cuidadoras tienen una relación de parentesco, de consanguinidad y de filiación con el enfermo. ¹⁶

IV.B.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD.

En la actualidad los profesionales de la salud encuentran que las enfermedades crónico terminales son consideradas como fuentes generadoras de estrés que implican un proceso de deterioro continuo. ²². Es fácil entender que ninguna persona tiene la adecuada preparación para cuidar a adultos con enfermedades crónicas, cada día los familiares se enfrentan a la realidad de que el paciente está cambiando gravemente y que, en vez de mejorar con el cuidado que se le proporciona, se vuelve más dependiente, hasta llegar a necesitar cuidados y supervisión las 24 hrs del día. Esto significa cambios inesperados en las relaciones entre ambos; paciente y cuidador, surgiendo un sin número de sentimientos y pensamientos que pueden crear dudas, temores, tensiones, angustia. El estrés que se genera es capaz de originar algún tipo de disfunción o de psicopatología especialmente- neurosis, depresión, agresividad, astenia psicofísica, etc en las personas cuidadoras³⁰.

El avance tecnológico y la modernización hicieron posible el desarrollo industrial y la urbanización a nivel mundial, con lo que México registró el siglo pasado cambios sustanciales en su estructura y dinámica poblacional que lo han llevado a una transición demográfica y epidemiológica. Entre los cambios más importantes destacan la reducción progresiva y continua de la mortalidad, el abatimiento de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida al nacimiento.²⁰

En el área de Oncología, la resiliencia es un aspecto relevante debido al cáncer ya que se conoce que es una enfermedad crónica degenerativa que afecta a millones de personas en el mundo, sin importar la clase social. El poner a la resiliencia en perspectiva como un concepto que puede ser aplicado para entender que el proceso de enfermar y recuperarse después del diagnóstico de cáncer es un reto.²³

IV.C.- DESCRIPCIÓN DEL SISTEMAS DE ATENCIÓN EN SALUD

La atención a los pacientes en fase terminal es un derecho reconocido por organismos internacionales y una prestación sanitaria claramente descrita en la legislación española. La Organización Mundial de la Salud ha redactado en varias ocasiones informes técnicos, instando a los Estados miembros a establecer acciones para controlar el dolor relacionado con el cáncer mediante la provisión de cuidados paliativos, recomendando el uso y la disponibilidad de opioides, proponiendo estrategias para el control de síntomas, o revisando el tratamiento del dolor por cáncer en los niños.²⁴

El derecho a recibir atención al final de la vida ha sido abordado de alguna forma en resoluciones y recomendaciones europeas. Entre ellas, la Resolución 613 (1976), sobre los derechos de los enfermos y moribundos, reclama el deseo de los enfermos terminales a morir en paz y dignidad; la Recomendación 779 (1976) considera que el médico debe hacer todos los esfuerzos para aliviar el sufrimiento; y la Resolución sobre el respeto a los derechos humanos (1995) solicitaba a los Estados que concedan preferencia a la creación de establecimientos de cuidados paliativos. En los últimos años, el Consejo de Europa ha publicado dos recomendaciones específicas sobre los cuidados paliativos. La Recomendación 1418 (1999), sobre protección de los enfermos en la etapa final de su vida, abogaba por la definición de los cuidados paliativos como un derecho y una prestación más de la asistencia sanitaria. Por último, la Recomendación (2003), sobre la organización de los cuidados paliativos, reconocía que dicha prestación debía desarrollarse más en Europa,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y recomendaba a los Estados la adopción de políticas, legislación y otras medidas necesarias para establecer un marco coherente para las políticas nacionales sobre cuidados paliativos.²⁴

La Recomendación (2003) del Consejo de Europa señala como uno de sus principios guía la ayuda a los allegados de los pacientes, promoviendo su capacidad para prestar soporte emocional y práctico, adaptarse al proceso y afrontar el duelo y la ausencia²⁴.

El 3 de julio de 1990 en el Diario oficial de la Federación en México aparece la Norma Técnica No. 329 para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de terapéutica del dolor por cáncer. La reforma de la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos publicada en el diario oficial de la federación el 5 de enero de 2009 adiciona un título VIII BIS brindándole carácter de obligatoriedad.²⁵ Y menciona en los artículos 184, 59, 33 y 112 que la Secretaría de Salud, deberá integrar y mantener permanentemente capacitadas y actualizadas brigadas especiales en la prestación de los servicios de atención médica integral en cuidados paliativos que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario. Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y accidentes, y de prevención de invalidez y de rehabilitación de inválidos, así como en los cuidados paliativos.²⁶

El capítulo I. Artículo 166 bis tiene por objeto: Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;

II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;

III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento.

IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo.

V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos

VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.

En Aguascalientes el 13 de julio de 2009 se expidió la Reforma de Ley de Salud del Aguascalientes en materia de Cuidados Paliativos, donde habla de la creación de una unidad administrativa encargada de recibir, resguardar y supervisar el cumplimiento de cuidados paliativos que soliciten los pacientes en etapa terminal en los términos de la ley aplicable en la materia. Se refiere a las actividades paliativas, que incluyen el cuidado integral para conservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario. (27, 2009). El artículo 65 menciona que El Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes y demás instituciones de Salud Estatales promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual y colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y accidentes, y de prevención de discapacidad y de rehabilitación de personas con discapacidad, así como en los cuidados paliativos.²⁷

En el título décimo BIS se encuentra que los cuidados paliativos comprenden: el alivio de sufrimiento, la atención psicológica procurando dominar los trastornos de ansiedad, depresión, temor e insomnio, la atención médica integral, el trato digno, respetuoso y profesional por parte del personal médico y sanitario, el cual procurará en todo momento la preservación de la calidad de vida del paciente y de la familia, información clara, la atención tanatológica, los servicios espirituales cuando lo solicite el enfermo en etapa terminal, su familia o representante legal.²⁷

El artículo 139 septies dice que las Instituciones del Sistema Estatal de Salud del segundo y tercer nivel: impulsarán la creación de áreas especializadas en cuidados paliativos y garantizarán la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos para la salud, en materia de cuidados paliativos y atención a enfermos en etapa terminal. ²⁷

Entre las guías de atención de Cuidados paliativos encontramos en España el Documento de Recomendaciones de Cuidados Paliativos que supuso una referencia inicial ampliamente consultada. Posteriormente se han elaborado diversas guías y protocolos,

tanto generales sobre cuidados paliativos como monográficos sobre determinados aspectos sintomáticos, emocionales y sociofamiliares.²⁴

En México contamos con la Guía de Práctica Clínica de Cuidados paliativos (IMSS-419-10 aplicable en primer y segundo nivel de atención y determina que el médico proporcionará los cuidados paliativos desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad y se haya informado al enfermo las opciones que existan de cuidados Paliativos respetando su decisión y pidiendo el consentimiento informado del enfermo por escrito ante dos testigos para tratamientos o medidas a tomar respecto a la enfermedad terminal ²⁵.

En México en la década de los 60's surgió la Medicina del Dolor, a partir de entonces se han desarrollado centros especializados en el manejo del mismo, así como en las instituciones de salud mexicanas aunadas al compromiso serio de insertar servicios de manejo del dolor en los hospitales del sector salud. ²⁵

IV.D.- DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA.

Los enfermos en situación avanzada y terminal presentan una alta necesidad y demanda asistencial con implicación de todos los niveles asistenciales del sistema sanitario. El 25% de todas las hospitalizaciones corresponde a enfermos en su último año de vida, presentando además costes muy elevados. ²⁴

En la actualidad el cáncer es un problema de salud pública mundial. En 2008 se reportaron en el mundo 7.6 millones de muertes por esta causa, representando el 13% del total de las muertes, segunda causa de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares. ¹⁹. La OMS calcula que el número de casos nuevos de cáncer pasará de 10 millones registrados en el año 2000 a 30 millones antes del 2020 y que cerca de 60% se presentará en los países del tercer mundo. Actualmente el cáncer es la decimosegunda causa de muerte a nivel mundial, con un número anual de fallecimientos de 6 millones. Se espera que para el año 2020 las defunciones por cáncer sumen 10 millones y que este padecimiento se encuentre dentro de las tres primeras causas de muerte.²⁰

En Inglaterra y Gales más de 23,000 personas desarrollan cáncer cada año ²⁸. En Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU) 1 de cada 4 muertes se deberán al cáncer. En México, a

partir de 1922 a 2001 la mortalidad creció exponencialmente de 0.6 a 13%, ocupando en la actualidad la tercera causa de muerte. En el 2006 el reporte histopatológico de las neoplasias malignas (RHNM) representó una tasa global de morbilidad por cáncer de 10 por cada 100,000 habitantes (106,238 casos), con mayor incidencia en Nuevo León y el Distrito Federal. En el 2006 en el RHNM las causas de morbilidad por cáncer se distribuyeron de la siguiente forma en orden de frecuencia: cáncer de piel no melanoma (14.68%), de mama (12.9%), del cérvix uterino (7.38%), de próstata (6.97%), linfomas (6.66%), de colon y recto (3.88%), de estómago (3.23%), de vejiga (2.11%), de tiroides (2.22%), de riñón (1.86%) y de pulmón (1.67%). La mortalidad por cáncer en México representa el 13% del total de las muertes, ocupando el tercer lugar con una tasa de 62.8 por cada 100,000 habitantes; en orden de frecuencia por localización en ambos sexos, se localiza en pulmón y bronquios, estómago y próstata. El primer lugar en el hombre lo ocupa el cáncer de próstata (8.9 por cada 100,000 habitantes), seguido por el cáncer de pulmón y el tercer lugar el cáncer de estómago. En las mujeres, la primera causa de mortalidad es el cáncer de mama (8.9 por cada 100,000 habitantes, seguido por el cáncer de cérvix uterino (7.4 por cada 100,000 habitantes) y cáncer de estómago. La distribución por sexo en mortalidad en México es mayor en mujeres (50.9%), relación mujer-hombre 1.04 a 1; la mayoría de los casos a partir de los 35 años de edad, y en hombres a partir de los 45 años.

19

IV.E.- DESCRIPCION DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA.

En la actualidad, las enfermedades crónicas son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años que afecta la calidad de vida de la persona, generando nuevas situaciones para afrontar, son progresivas, causan un deterioro físico importante, perjudican el desarrollo y requieren tratamientos dolorosos y largas hospitalizaciones. El tratamiento médico para estas enfermedades se ha desarrollado mucho en los últimos años, pero pocos estudios en psicología han enfocado su impacto sobre el bienestar y la salud mental. Siguiendo la misma línea, el estudio de la resiliencia es relativamente reciente en psicología, y más aún cuando se aplica a la enfermedad crónica como un factor de riesgo en el desarrollo. Significa un cambio de perspectiva importante, ya que enfoca el desarrollo positivo, la posibilidad de superación y la adaptación frente a la enfermedad. ²²

Un diagnóstico de cáncer y su tratamiento subsecuente pueden llevar a un impacto devastador en la calidad de vida de una persona, así como de la vida de la familia y de otros cuidadores. Los pacientes enfrentan nuevos miedos e incertidumbres, pueden tener que someterse a no tratamientos debilitantes y no placenteros. Estudios muestran consistentemente que además de recibir los mejores tratamientos, los pacientes quieren ser tratados como individuales con dignidad y respeto y poder hacer oír sus voces en sus decisiones acerca de su tratamiento y su cuidado. Ellos quieren asegurarse que sus familias y cuidadores recibirán apoyo durante su enfermedad y si ellos mueren sobrevivirán a su duelo.²⁸

El impacto social del cáncer es considerable y puede extenderse a través del paciente y de su familia inmediata.²⁸ Algunas personas pueden experimentar un profundo dolor frente al cual no logran recuperarse mientras otras sufren menos intensamente por un periodo más breve, otras parecen recuperarse rápidamente pero terminan presentando problemas de salud, dificultad psicosociales y disminución de bienestar psicológico. A pesar de esto muchas personas logran soportar adecuadamente problemas asociados a una enfermedad o un evento traumático o pérdida sin alteraciones en sus capacidades. Lo anterior puede deberse a un constructo denominado resiliencia, que es la capacidad de una persona de ser inmune y adaptarse al estrés, lo cual le permite desarrollarse como individuo, a pesar de experiencias de vida infelices. Al respecto se han desarrollado en los últimos 20 años estudios empíricos sobre la influencia favorable de la resiliencia en la recuperación de las enfermedades crónicas.²⁹ Los pacientes pueden necesitar apoyo para preservar sus redes de apoyo sociales, provisión de cuidado para los miembros vulnerables de sus familias, todo este apoyo puede ser provisto de manera formal o informal de una manera planeada.

²⁸

La enfermedad avanzada y terminal ocasiona un intenso sufrimiento en los familiares. Entre los múltiples factores contribuyentes se han destacado problemas emocionales como miedo, ansiedad y depresión, existenciales, sufrimiento empático, conflictos y una atención sanitaria deficiente. Existen evidencias de que muchos de estos problemas son atendidos de forma inadecuada, con insuficiente información y comunicación, soporte emocional y ayuda práctica.²⁴

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Aunque toda la familia se ve afectada por una enfermedad terminal, en la mayoría de los casos es solamente un individuo generalmente un integrante de la familia quien asume el cuidado principal del enfermo encargado de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día y sin recibir retribución económica por ello. (30, 2013). El informe de la OMS *Mejores cuidados paliativos para personas mayores* destaca la importancia del aumento progresivo de la edad de los cuidadores, con mayor morbilidad, particularmente de las mujeres, en las que tradicionalmente se han basado los cuidados ²⁴.

Asimismo se ha encontrado que el estrés que vive el cuidador depende más de variables propias (recursos personales de afrontamiento) o ambientales (apoyo social, relación con la persona que se cuida), que de las características propias de la enfermedad que padece el familiar sin embargo, también se ha visto que algunos cuidadores pueden incluso encontrar beneficios en las labores de cuidado, así como un mayor crecimiento personal. ³⁰.

Las instituciones de salud deben promover la capacitación de sus profesionales para proporcionar cuidados paliativos, además de la accesibilidad de los cuidados especializados independientemente del nivel de atención ²⁵.

Sin duda, los programas de salud mental pueden ayudar a los enfermos y a sus familias a una mejor adaptación a su dolencia. Sin embargo, el desarrollo de la resiliencia todavía representa un desafío para los investigadores y para una aplicación práctica de los conocimientos ya adquiridos. ²².

Es importante saber que la mayor parte de nuestra población pasará por una fase de enfermedad terminal, más o menos prolongada, con una gran demanda en recursos humanos y económicos lo cual representa un reto a nuestros sistemas de salud, además de que la presencia de múltiples síntomas, cambiantes y progresivos tendrán gran impacto sobre el propio paciente, su familia y el equipo asistencial. Por lo que es necesario crear guías de intervención adecuadas a la población mexicana en el ámbito de los Cuidados paliativos. ²⁵

Los cuidados paliativos tienen como meta proporcionar al enfermo, familia y/o persona significativa condiciones para que alcancen una buena calidad de vida. Además de

promover el ajuste del enfermo, familia y/o persona significativa a una nueva realidad, enfrentando de la mejor forma posible la condición de enfermedad terminal, cuyos caminos pasan por el buen control del dolor y de otros síntomas, buena comunicación, apoyo psicosocial y trabajo en equipo. ³¹

El proporcionar apoyo a la familia o al cuidador principal es un tema básico porque la familia constituye con el enfermo una unidad de tratamiento. Lo que le sucede a uno influye en las dos partes. Esto determina que la atención que se presta al paciente con sus propias peculiaridades personales y afectivas tiene tanta importancia como la que se da a los diversos miembros de la familia para que puedan colaborar con él y sobrellevar mejor tanto la enfermedad como la fase de duelo posterior. Las familias atraviesan las mismas etapas de adaptación a la enfermedad y muerte que los enfermos y requieren una especial comprensión si se han detenido en alguna de ellas. Por estos motivos, la medicina actual ha experimentado un cambio en las actitudes hacia la familia, pues si bien la dedicación al enfermo es esencial para su recuperación, no lo es menos la atención que se le dé a su familia y amigos, que necesitan información puntual de calidad, apoyo psicológico y ayudas físicas y económicas, no en vano la presencia de asistentes sociales aumenta significativamente la satisfacción de las familias ³².

La calidad de vida de los pacientes puede mejorar no sólo cuando se hace sentir mejor a los pacientes, sino cuando éstos sienten que estamos tratando de ayudarles y se da soporte a su familia. El apoyo a la familia deberá incluir hacerles partícipes de los cuidados del enfermo si lo desean, porque ello, a la vez, les permite la sensación mostrarle su afecto, les reduce la sensación de culpabilidad y les facilita el proceso de duelo posterior. Debido a esto los cuidados paliativos utilizados inicialmente en Oncología por el bienestar físico y emocional que proporcionan a los enfermos y a sus familias se utilizan cada vez más en los afectados por otras patologías crónicas irreversibles ³².

IV.F.- FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.

El aumento de la esperanza de vida en los países industrializados está produciendo un aumento de la población anciana en los mismos y esta población se caracteriza por sufrir un aumento de las patologías crónicas lo que conlleva un declive físico y psíquico que

condiciona su capacidad funcional, siendo cada vez mayor el número de personas que precisan de cuidados ¹⁷.

La presencia de un miembro que precisa de cuidados, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados. La sobrecarga que soporta el cuidador, una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, siendo numerosos los trabajos publicados en los que se reflejan dichas repercusiones negativas, destacando por su frecuencia las referidas al malestar psíquico (principalmente ansiedad y depresión), aunque también se han descrito repercusiones importantes en otras esferas como la salud física, el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica ¹⁷ así como presencia de sufrimiento por incertidumbre, sentimiento de impotencia, el miedo a la muerte del enfermo, la alteración de los roles y estilo de vida, la pena y el pesar por el deterioro del enfermo y conflictos entre los cuidadores. El sufrimiento es complejo y requiere una evaluación interdisciplinaria para construir una alternativa terapéutica eficaz que dé respuesta a los problemas del paciente y de su familia ²⁵.

Gran porcentaje de pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas del cáncer, cuando ya no es posible la curación, pero aún se puede aliviar el sufrimiento empleando intervenciones de bajo costo. Los cuidados paliativos deben ser extensivos a la familia aún después de la muerte del paciente ²⁵.

IV.G.- ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO.

El estudio de la resiliencia es relativamente reciente en Psicología, y más aún cuando se aplica a la enfermedad crónica como un factor de riesgo para el desarrollo ³³.

La investigación sobre resiliencia en México es poca, además este tema se ha trabajado principalmente bajo perspectiva de tipo clínico y social basadas en el estudio de factores psicosociales en niños, jóvenes y adultos en relación a problemáticas como el consumo de sustancias, maltrato infantil, enfermos con cáncer, duelo y situaciones de pobreza, las cuales se han centrado en las características contextuales como factores de riesgo y protección ⁸.

Se han descrito a nivel internacional, diversos tipos de intervenciones de apoyo a los cuidadores de personas dependientes, con el fin de mejorar los cuidados al enfermo y la salud psicológica del cuidador. Muchas de las intervenciones realizadas se refieren a intervenciones educativas, que consisten en proponer mejoras en la solución de problemas, consejo individual y grupal, modificaciones en el hogar, etc. Algunos estudios demuestran la eficacia de estas intervenciones en forma de disminución de prevalencia de ansiedad o depresión del cuidador, en la reducción de sobrecarga del mismo y en el retraso de institucionalización del enfermo, reforzamiento de estrategias de afrontamiento. ⁴².

Sin embargo otros autores consideran que no se ha encontrado una mejoría en el nivel de resiliencia en cuidadores que han participado en programas de apoyo. En resumen, la literatura científica revisada respecto a este tema aporta resultados contradictorios, lo cual indica que si bien la necesidad y utilidad de las intervenciones de apoyo al cuidador es incuestionable, aún no está bien demostrada. Argimon señala que la calidad metodológica de los ensayos clínicos es escasa y no permite afirmar categóricamente que las intervenciones de apoyo a los cuidadores no sean eficaces. Sigue afirmando que en la mayoría de estudios la muestra es muy reducida y contempla variables de respuesta diferentes, así mismo que el seguimiento ha sido corto. También Losada afirma que para evaluar la eficacia de las intervenciones a los cuidadores, es importante poder identificar los contenidos y procedimientos que conforman un programa de intervención y en definitiva poder mejorar el diseño de los estudios. ⁴²

Los programas educativos tienen el propósito de ofrecer, información acerca de enfermedades y sobre su manejo, así como brindar estrategias de afrontamiento y apoyo emocional a los cuidadores. Se ha evidenciado que los grupos psicoeducativos son el procedimiento de intervención más utilizado para dotar a los familiares recursos para el cuidado, algunos beneficios que se han encontrado son mejorar la calidad del cuidado,

disminuyen los problemas conductuales, disminuyen el consumo de medicamentos del enfermo, disminuyen los problemas emocionales del cuidador y del paciente.⁴²

Se ha encontrado que los programas que solo brindan información sobre la enfermedad, pueden generar un alto grado de ansiedad, lo cual se ha relacionado con una anticipación de la pérdida y con el conocimiento del alcance de la enfermedad, la mayoría de los estudios de intervención se ha realizado en grupos de cuidadores de personas con demencia, insuficiencia renal crónica, esquizofrenia; transmitir el conocimiento de la enfermedad, de su tratamiento y de su pronóstico no debe ser el único objetivo de los programas para cuidadores.¹⁰

No contamos en nuestro medio evidencia de la efectividad de intervenciones para aumentar el nivel de resiliencia en cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónicas en estado terminal, por lo que se concluye que el estudio de intervenciones educativas para reforzar la resiliencia debe promoverse y analizarse de manera científica.

IV.H.NIVEL DE CONOCIMIENTO.

La resiliencia implica que el individuo es afectado por la adversidad y es capaz de superarlo y salir fortalecido de la situación, lo cual supone un proceso que puede ser desarrollado y promovido. Werner en Garrido plantea que la resiliencia resulta de un gran interés en tanto que a partir de su conocimiento, es posible diseñar políticas de intervención. La intervención puede ser planteada como un intento de alterar el presente de las personas, bien disminuyendo la exposición a situaciones de vida provocadoras de estrés o reforzando el los factores protectores que puedan estar presentes en una situación dada y también promoviendo recursos que nos permitan intervenir en sus condiciones de vida¹².

El modelo de resiliencia ha cambiado la naturaleza de los marcos conceptuales, las metas, las estrategias y las evaluaciones. En las metas de intervención se incluyen la promoción de la adaptación positiva al mismo tiempo que previenen problemas específicos. Las estrategias buscan promover aspectos positivos de la ecología del individuo además de reducir el riesgo o las fuentes de estrés, promover procesos de desarrollo humano además de tratar la enfermedad o la situación de estrés. Esto implica una transformación de la conceptualización de la prevención y la intervención¹².

IV.I.- ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO

En la investigación Fortaleciendo la Resiliencia: una estrategia para desarrollar la autoestima en el año 2005 con el objetivo de Caracterizar las bases de una metodología de intervención educativa que favorezca la promoción de la Autoestima a través del fortalecimiento de la Resiliencia en niños, se encontró literatura disponible sobre Resiliencia tenía un vacío en la definición de propuestas prácticas así como en la incorporación de la dimensión espiritual, que se considera fundamental para comprender el sentido de la vida. Se concluyó que el fomento de la autoestima en el Niño y su familia, permite equilibrar las relaciones que se dan en su interior y con el medio, permite además el desarrollo de competencias y empoderamiento, en un marco general en que se potencien las redes y el apoyo social; facilitan en definitiva una mejor relación entre los individuos y el medio en que viven. Se encontró que cada pilar de resiliencia como son la confianza, autoestima, moralidad, espiritualidad, creatividad, independencia, humor, iniciativa tienen igual importancia en el constructo de resiliencia y en el centro de todos ellos se encuentra la autoestima como soporte de los mismos. Por tanto, todas las técnicas se pueden orientar a fortalecer la autoestima ayuda a fortalecer cualquiera de estos pilares ³².

La tesis doctoral “La promoción de la resiliencia en el vínculo establecido entre adolescentes y educadores en la práctica psicomotriz educativa” del año 2011 en un grupo de adolescentes en riesgo personal y social en las vivencias en los escenarios conflictivos se observó el vínculo entre el adolescente y la educadora psicomotrista considerando la promoción de la resiliencia mediante una intervención educativa como estrategia para comprender al adolescente y ofrecerle un espacio de escucha, placer y comunicación. El punto esencial de esta estrategia fue valorar, elevar la autoestima y comprender a aquellos adolescentes que presentan conductas conflictivas en el ambiente familiar, escolar. Se concluyó que el desarrollo de un proyecto de promoción de resiliencia a través de la práctica psicomotriz educativa (grupo de ayuda) es una acción factible de ser realizada dentro del contexto educativo de un centro abierto en niños, adolescentes y adultos en situaciones vulnerables. El desarrollo de dicho trabajo crea una línea de investigación que se concreta en un estímulo para futuras investigaciones que traten de la promoción de resiliencia a través del trabajo corporal con población vulnerable ³⁶.

En el artículo Intervención educativa para fortalecer la resiliencia de madres adolescentes del Policlínico de Vertientes del año 2012. Se realizó una intervención educativa desarrollada entre septiembre del 2010 y septiembre de 2011 con el objetivo de fortalecer

la resiliencia de madres adolescentes que consideraban su maternidad como estresante, se encontró un aumento significativo en estrategias de afrontamiento de buscar apoyo social y diversiones relajantes posterior a la intervención, a fijarse en lo positivo, y concentrarse en la resolución de problemas ³⁷.

IV.J.- TIPO DE INFORMACION QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

Con los resultados que se obtengan de esta investigación se espera conocer si la intervención educativa propuesta puede intervenir de manera positiva en los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas terminales reforzando los factores protectores de resiliencia y aumentando su nivel con el fin de que puedan superar la situación adversa por la que pasa su familia, adaptarse, mejorar su calidad de vida, sobrellevar el duelo posterior y disminuir las repercusiones físicas y psicológicas que pudieran presentarse en caso de no superar esta crisis por la que atraviesa.

IV.K.- PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿La intervención educativa que se propone es efectiva para aumentar el nivel de Resiliencia en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a Clínica del Dolor en HGZ No. 1 Aguascalientes, Ags?

V.- OBJETIVO.

V.A.- OBJETIVO GENERAL.

V.A.1.- Evaluar la efectividad de la intervención educativa basada en el aprendizaje constructivo, significativo y funcional para reforzar el nivel de resiliencia en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

V.B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

V.B.1.- Conocer las características sociodemográficas de los cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

V.B.2.- Conocer el nivel de resiliencia de los cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales antes de acudir a la Clínica del dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes mediante la Escala de Resiliencia mexicana.

V.B.3.- Comparar el nivel de resiliencia en los cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acude a Clínica del dolor y se les realice la intervención educativa en comparación con un grupo de cuidadores informales que no acuda a la intervención educativa, pero que si reciba atención por parte de la Clínica del dolor en la cual se proporciona apoyo de Psicología, atención de la enfermera tanatológica y trabajo social.

V.B.4.- Valorar la efectividad de la intervención educativa para fortalecer el nivel de resiliencia en cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acude a Clínica del dolor del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.

VI.- HIPÓTESIS DE TRABAJO.

VI.A.- HIPÓTESIS ALTERNA.

La intervención educativa basada en el aprendizaje constructivo, significativo y funcional empleada es efectiva para reforzar el nivel de resiliencia en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

VI.B.- HIPÓTESIS NULA.

La intervención educativa basada en el aprendizaje constructivo, significativo y funcional empleada no es efectiva para reforzar el nivel de resiliencia en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

VII.- MATERIAL Y MÉTODOS.

VII.A.- DISEÑO DEL ESTUDIO.

Consiste en un estudio prospectivo, comparativo de casos y controles ya que el objeto es la medición y comparación de la variable antes y después de la exposición del sujeto a la intervención educativa que se proponen; incluye un grupo de comparación, formado por un grupo de cuidadores que acuden a Clínica del dolor, pero no asistirán a la intervención educativa.

VII.B.- POBLACIÓN DEL ESTUDIO.

VII.B.1.- UNIVERSO DE TRABAJO.

Cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

VII.B.2.- UNIDAD DE ANÁLISIS.

Resiliencia en Cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

VII.C.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.

VII.C.1- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la consulta de Clínica del dolor por primera vez del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

Que cuentan con las siguientes características:

- Persona que asume el cuidado de su familiar con una media de 10 horas al día.
- Presenta sentimientos negativos de sobrecarga, depresión, impotencia, tristeza o culpabilidad.
- Identifica las características personales propias y de su familiar.
- No recibe ninguna remuneración económica.

VII.C.2- CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

- Cuidadores que no acepten participar en la investigación de manera voluntaria.

- Cuidadores de pacientes que no tengan diagnóstico de alguna enfermedad crónica terminal.
- Pacientes que no cuenten con cuidador.
- Cuidadores formales (enfermeras o cuidadores que reciban una remuneración económica)

VII.C.3- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Cuidador que muera.
- Paciente que muera
- Cuidador que no acepte participar.

VII.D.- TIPO DE ESTUDIO.

Quasi experimental, ya que se aplicó una intervención educativa a un grupo de cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas en estado terminal para determinar la efectividad de esta intervención para reforzar o aumentar el nivel de resiliencia, para lo cual se midió el nivel de resiliencia antes y después de acudir a la intervención educativa y un mes después de haber acudido y se comparó con un grupo control el cual no acudió a la intervención.

VII.E.- UNIVERSO

El Universo está constituido por 125 pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica terminal, para lo cual se entiende como enfermedad terminal: un paciente que por el grado de avance y complejidad de sus padecimientos, se encuentran fuera de todo intento curativo, de los cuales se estima al menos un cuidador primario informal por cada paciente. Los pacientes acuden mensualmente para control del dolor al servicio de Clínica del dolor; en algunas ocasiones por las condiciones adversas de los pacientes que le impiden acudir a la consulta; en su lugar los cuidadores principales son los encargados de asistir a las citas; para surtir medicamentos opioides y no opioides y ellos informan a los profesionales encargados de este servicio las condiciones del paciente. En el servicio de clínica del dolor se cuenta con apoyo psicológico y tanatológico para el paciente y su familia al cual solo algunos cuidadores acuden; pero no se cuenta con un apoyo formal para ayudar al cuidador a atravesar este camino al lado de su familiar.

Del total de 125 pacientes; 79 tienen diagnóstico de cáncer terminal, 86 pacientes con diagnósticos de enfermedades en estado terminal no oncológicos que acuden a citas mensuales con enfermedades tales como Mieloma múltiple, Distrofia simpático refleja, Esclerosis múltiple, Síndrome de columna fallida, Neuropatía diabética.

VII.F.- MUESTRA.

Se obtuvo de los cuidadores de pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad crónica en estado terminal que acuden a Clínica del Dolor HGZ 1 IMSS, Aguascalientes en el periodo comprendido de Abril- Junio de 2014.

VII.F.1- TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico por conveniencia, se tomó el universo total de cuidadores de pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica en estado terminal que acudieron a cita de primera vez a Clínica del Dolor HGZ 1 IMSS, Aguascalientes en el periodo comprendido de Abril- Junio de 2014.

VII.F.2.- TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se tomó la muestra por conveniencia, según el universo total de cuidadores de pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica en estado terminal que acuden a consulta de primera vez a Clínica del Dolor HGZ 1 IMSS, Aguascalientes en el periodo comprendido de Abril- Junio de 2014. Hubo 66 cuidadores de pacientes que acudieron a consulta de primera vez con diagnóstico de enfermedad crónica terminal en el periodo comprendido de Abril- Junio 2014; de los cuales se dividió el total de pacientes en dos grupos; 32 del grupo al que se aplicó la intervención educativa y 32 del grupo control; al primer grupo se le aplicó la intervención educativa propuesta y el segundo grupo sirvió de control, ambos grupos acudieron a las consultas de Clínica del Dolor con su familiar en la cual se cuenta con apoyo psicológico y de trabajo social.

VIII.- PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS “TIPO DE INSTRUMENTO”

Los datos Se obtuvieron mediante una encuesta para recolección de datos sociodemográficos y se aplicó el Cuestionario de Resiliencia de Palomar Lever 2010 para determinar el nivel de resiliencia de los cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas en estado terminal antes y después de la intervención educativa y se comparó con el nivel de resiliencia del grupo control. Además se realizó una medición más del nivel de resiliencia un mes después de haber dejado de acudir a la intervención educativa.

En el presente estudio se utilizará los siguientes instrumentos:

- 1.- Escala de Resiliencia Mexicana RESI-M de Palomar Lever 2010.
- 2.- Perfil sociodemográfico.

VIII.A.- DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

VIII.A.1.- Escala de Resiliencia Mexicana RESI-M

Es un instrumento previamente desarrollado con población mexicana, tomando como base dos escalas que miden resiliencia en adultos; The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) de Connor y Davidson (1999) y The Resilience Scale for adults (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen (2001), ya que ninguna de ellas estaba adaptada para ser aplicado a la población mexicana. Se realizó un análisis factorial con los 68 ítems del CD-RISC y del RSA (25 del primero y 43 del segundo) y se obtuvo la confiabilidad por factor y para la escala total. Como resultado del análisis factorial emergieron cinco factores, todos ellos con alphas de Cronbach adecuados. La escala que se obtuvo a partir de las dos escalas consta de 43 ítems divididos en cinco factores: (1) Fortaleza y confianza en sí mismo (19 reactivos), (2) Competencia social (8 reactivos), (3) Apoyo familiar (6 reactivos), (4) Apoyo social (5 reactivos). La confiabilidad de los factores oscila entre .79 y .92 y la escala total tiene una confiabilidad de .93, por lo que es adecuada para ser utilizada ³⁴.

Los resultados de dicha investigación afirman que el haber utilizado las dos escalas de resiliencia para producir una sola medida, trajo como resultado una nueva escala que incluye dimensiones muy importantes de la resiliencia y que originalmente eran medidas por separado en cada una de las escalas. El procedimiento que se realizó permitió seleccionar los mejores ítems de ambas escalas para evaluar la resiliencia en población mexicana adulta. Como se mencionó anteriormente, la escala cuenta con índices de validez y confiabilidad adecuados ³⁴.

VIII.A.2.- CUESTIONARIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.

Se determinó mediante un cuestionario desarrollado por el Investigador principal, que consiste en un cuestionario dirigido a obtener información en dos apartados: El primero con el objetivo de obtener información sobre las variables sociodemográficas de interés como edad, sexo, estado civil, profesión, ocupación, nivel educativo, el segundo apartado dirigido para obtener información sobre las características de la actividad de cuidar y sobre la enfermedad del paciente.

IX.-LOGÍSTICA.

Para el siguiente trabajo se solicitó la anuencia de las autoridades del comité local de investigación, posteriormente se acudió al HGZ No 1 IMSS, Aguascalientes para hablar con el director de la unidad y solicitar su autorización para realizar esta investigación mediante la implementación de una intervención educativa dirigida a reforzar el nivel de resiliencia en cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónico terminales que acuden a la Clínica del dolor, se entregó una carta de consentimiento informado así como el instrumento impreso Escala de Resiliencia Mexicana RESI-M de Palomar Lever que consta de 43 ítemes, el cual se aplicó a los cuidadores primarios informales de estos pacientes antes y después de la intervención educativa para evaluar la efectividad de la misma para reforzar el nivel de resiliencia. Además se aplicó un cuestionario de características sociodemográficas. También se aplicaron dichos cuestionarios a los cuidadores de pacientes que no acudan a la intervención educativa al inicio de acudir con sus familiares a la Clínica del Dolor y posterior a 3 meses de estar acudiendo a las consultas, así como al cuarto mes de la primera encuesta. La información fue recolectada por el investigador. La intervención educativa se realizó en 6 sesiones programadas de 1 hr y media cada una (ver anexo 1) donde se desarrollaron los tres módulos planeados que son Resiliencia, Afectividad, Comunicación asertiva y Estrategias de afrontamiento los cuales se desarrollaron de manera teórica y práctica mediante sesiones dirigidas a reforzar estos aspectos, los cuales se han reconocido como factores protectores para desarrollar resiliencia.

Al término de la recolección de datos se procedió a realizar el concentrado para el análisis de los mismos. La intervención educativa se realizó en un periodo comprendido de Julio-Septiembre de 2014. Los resultados obtenidos de la intervención se analizaron con el cuestionario de resiliencia Mexicana, en el que se evaluó el nivel de resiliencia de los participantes antes y después de la intervención comparados con los cuidadores a los que no se les realizó la intervención.

X.- ANALISIS ESTADÍSTICO.

X.A.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se realizó descripción de características sociodemográficas, como descripción de prevalencias, se realizó comparación entre grupos e intragrupos tomando como grupo de referencia el grupo a que se le aplicó la intervención educativa, se realizó una anova 6x2 para determinar si hubo diferencias entre los grupos.

En la metodología estadística se realizó la descripción de las características sociodemográficas de la muestra empleando frecuencias y porcentajes. Se realizó la comparación entre el nivel de Resiliencia del grupo de cuidadores que acuden a la intervención educativa respecto del grupo control en tres mediciones a cada grupo: antes de iniciar la intervención educativa o encuesta inicial en la consulta de primera vez, tres meses después del inicio de la intervención educativa y un mes después de haber concluido la intervención educativa.

XI.- ASPECTOS ETICOS.

El proyecto se apegó a lo dispuesto por la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalece es el de respeto hacia la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitó hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se aseguró la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación fue voluntaria y se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no se realizaron procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11). Se anexa la carta de consentimiento informado.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Los recursos que se requirieron para la recolección y los gastos totales estuvieron a cargo del médico residente de Medicina Familiar encargado del .

40 Lápices: \$100.00

20 gomas: \$30.00

2500 hojas: \$250.00

3 cartuchos de tinta: \$1,200.00

2 memorias USB: \$400.00

2 engrapadoras: \$50.00

3 paquetes de grapas: \$40.00

1500 copias: \$550.00

Computadora personal: \$10,000

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.

No aplica

XII.- RESULTADOS.

| Tabla 1. Características Sociodemográficas del grupo Experimental y Control | | |
|--|--------------------------------|-----------------------|
| Edad | Grupos | |
| | Experimental (n=32) | Control (n=32) |
| 20-40 Años | 10 (31.3%) | 10 (31.3%) |
| 41-60 Años | 16 (50%) | 11 (34.4%) |
| 60 y Más Años | 6 (18.8%) | 11 (34.4%) |
| Sexo | | |
| Masculino | 8 (25%) | 9 (28.2%) |
| Femenino | 24 (75%) | 23 (71.9%) |
| Unidad de Medicina Familiar | | |
| UMF 1 | 14 (43.8%) | 11 (34.3%) |
| UMF 7 | 7 (21.9%) | 7 (21.9%) |
| UMF 8 | 5 (15.6%) | 7 (21.9%) |
| UMF 9 | 2 (6.3%) | 1 (3.1%) |
| UMF 10 | 4 (12.5%) | 5 (15.6%) |
| UMF 11 | 0 | 1 (3.1%) |
| Escolaridad | | |
| Analfabeta | 0 | 0 |
| Primaria | 12 (37.5%) | 8 (25%) |
| Secundaria | 5 (15.6%) | 12 (37.5%) |
| Preparatoria | 7 (21.9%) | 5 (15.6%) |
| Licenciatura | 5 (15.6%) | 5 (15.6%) |
| Otro | 3 (9.4%) | 2 (6.3%) |
| Trabaja | | |
| Trabajo Si | 9 (28.1%) | 9 (28.1%) |
| Trabajo No | 23 (71.9%) | 23 (71.9%) |
| Ocupación | | |
| Servicios | 4 (12.5%) | 8 (25%) |
| Comercio | 5 (15.6%) | 1 (3.1%) |
| Otros | 1 (3.1%) | 0 |

| | | |
|------------------------------|------------|------------|
| Ninguno | 22 (68.8%) | 23 (71.9%) |
| Estado Civil | | |
| Soltero | 5 (15.6%) | 6 (18.8%) |
| Unión Libre | 1 (3.1%) | 2 (6.3%) |
| Casado | 25 (78.1%) | 24 (75%) |
| Viudo | 1 (3.1%) | 0 |
| Parentesco | | |
| Esposo | 17 (53.1%) | 14 (43.8%) |
| Hermana(o) | 1 (3.1%) | 1 (3.1%) |
| Padre o Madre | 0 | 2 (6.3%) |
| Hija(o) | 13 (40.6%) | 13 (40.6%) |
| Otro | 1 (3.1%) | 2 (6.3%) |
| Horas de Cuidado | | |
| 11-15 Hrs | 9 (28.1%) | 10 (31.3%) |
| Más de 16 Hrs | 23 (71.9%) | 22 (68.8%) |
| Remuneración | | |
| Si | 2 (6.3%) | 0 |
| No | 30 (93.8%) | 32 |
| Ayuda para el cuidado | | |
| Si | 7 (21.9%) | 10 (31.3%) |
| No | 25 (78.1%) | 22 (68.8%) |

| Tabla 2. Características clínicas del cuidador del grupo Experimental y Control en pacientes que acuden a clínica del dolor del HGZ No. 1 | | |
|--|----------------------------|-----------------------|
| Padece alguna enfermedad | Grupos | |
| | Experimental (n=32) | Control (n=32) |
| Diabetes | 3 (9.4%) | 3 (9.4%) |
| Depresión | 0 | 1 (3.1%) |
| Hipertensión | 4 (12.5%) | 4 (12.5%) |
| Otra | 12 (37.5%) | 6 (18.8%) |
| Ninguna | 13 (40.6%) | 18 (56.3%) |
| Terapia psicológica | | |
| Si | 8 (25%) | 2 (6.3%) |
| No | 24 (75%) | 30 (93.8%) |
| Terapia psiquiátrica | | |
| Si | 3 (9.4%) | 2 (6.3%) |
| No | 29 (90.6%) | 30 (93.8%) |
| Acude a Atención Médica | | |
| 2 o Menos | 8 (25%) | 13 (40.6%) |
| 3-4 veces | 7 (21.9%) | 5 (15.6%) |
| 5-7 veces | 1 (3.1%) | 2 (6.3%) |
| 8-11 veces | 3 (9.4%) | 3 (9.4%) |
| Más de 12 | 13 (40.6%) | 9 (28.1%) |

Tabla 3. Características Clínicas del Paciente que esta al Cuidado del grupo Experimental y Control que acuden a clínica del dolor del HGZ No. 1

| Enfermedad del Paciente | | |
|------------------------------------|------------|------------|
| Cáncer | 20 (62.5%) | 22 (68.8%) |
| Nefropatía diabética | 2 (6.3%) | 0 |
| Fibrosis columna | 1 (3.1%) | 0 |
| Columna fallida | 7 (21.9%) | 4 (12.5%) |
| IRC | 1 (3.1%) | 1 (3.1%) |
| Síndrome de salida torácica | 1 (3.1%) | 0 |
| Distrofia | 0 | 1 (3.1%) |
| Linfoma Hodgkin | 0 | 1 (3.1%) |
| Angiofibroma | 0 | 1 (3.1%) |
| Úlcera varicosa | 0 | 1 (3.1%) |
| Tuberculosis | 0 | 1 (3.1%) |
| Tiempo de Diagnostico | | |
| Menos de 1 año | 11 (34.4%) | 13 (40.6%) |
| 1-3 Años | 16 (50%) | 10 (31.3%) |
| 3-5 Años | 1 (3.1%) | 2 (6.3%) |
| Más de 5 Años | 4 (12.5%) | 7 (21.9%) |
| Tratamiento Curativo | | |
| Si | 0 | 0 |
| No | 32 | 32 |

Tabla 4. Prevalencia de Resiliencia en el grupo experimental y control antes y después de la intervención a pacientes que acuden a clínica del dolor del HGZ No 1

| | | Nivel de resiliencia | | |
|--------------|----------------------|----------------------|-------|-------|
| | | Alto | Bajo | |
| | | n=32 | n=32 | |
| Grupo | Experimental n=32 | | 13 | 19 |
| | | Pre | 18.3% | 76.0% |
| | | | 28 | 4 |
| | | Post | 39.4% | 16% |
| | | | 30 | 2 |
| | | PostPost | 42.3% | 8.0% |
| | Control n=32 | | 15 | 17 |
| | | Pre | 30.0% | 37.0% |
| | | | 17 | 15 |
| | | Post | 34.0% | 32.6% |
| | | | 18 | 14 |
| | | PostPost | 36.0% | 47.9% |

Tabla 5. Prevalencia de Resiliencia en el grupo experimental y control antes de la intervención

| | | Nivel de resiliencia | |
|------------|--------------|----------------------|-------|
| | | Alto | Bajo |
| | | n=32 | n=32 |
| Pre | | 13 | 19 |
| | Experimental | 46.4% | 52.8% |
| | | 15 | 17 |
| | Control | 53.6% | 47.2% |

Tabla 6. Prevalencia de Resiliencia en el grupo experimental y control, después de la intervención

| | | Nivel de resiliencia | |
|-----------------|--------------|----------------------|-------|
| | | Alto | Bajo |
| | | n=32 | n=32 |
| Post | | 28 | 4 |
| | Experimental | 62.2% | 21.1% |
| | | 17 | 15 |
| | Control | 37.8% | 78.9% |
| *p=0.005 | | | |

| Tabla 7. Prevalencia de Resiliencia en el grupo experimental y control, a un mes de la intervención | | | |
|--|--------------|----------------------|-------|
| | | Nivel de resiliencia | |
| | | Alto | Bajo |
| | | n=32 | n=32 |
| PostPost | | 30 | 2 |
| | Experimental | 62.5% | 12.5% |
| | Control | 37.5% | 87.5% |
| *p=0.001 | | | |

La tabla No. 1 describe las características sociodemográficas de la población estudiada. En el grupo experimental (G.E) el rango de edad de 41 a 60 años fue en el que se encontró mayor población (50%), mientras que en el grupo control (G.C) los rangos de edad de “41 a 60” y “60 y más años” contaban cada uno respectivamente con 34.4% de la población. En el G.E el 75% fueron mujeres mientras que en el G.C el 71.9 fueron de este mismo sexo. La UMF a la que pertenecía la mayoría de la población tanto del G.E como del G.C fue la UMF 1 con un 43.8% y un 34.3% respectivamente. En el G.E el nivel de escolaridad con mayor prevalencia fue el de “primaria” con un 37.5% mientras que en el G.C fue el de secundaria con un 37.5%. En ambos grupos la mayor prevalencia fue de “No Trabajadores” con 71.9% en cada uno de los grupos. El estado civil de mayor prevalencia en ambos grupos fue el de “Casado” con un 78.1% en el G.E y 75% en el G.C. En el G.E el 53.1% de los cuidadores eran esposos del paciente mientras que en el G.C el 43.8% tenían este mismo parentesco. En ambos grupos el rango de horas de cuidado de “más de 16 horas” fue el que más porcentaje presento con un 71.9% en el G.E y 68.8% en el G.C. En el G.E el 93.8% no reciben ninguna remuneración, mientras que en G.C el 100% se encuentra en la misma situación. En G.E y en G.C la mayor prevalencia se encuentra en que no reciben ayuda para el cuidado del paciente, con un 78.1% y 68.8% respectivamente.

La tabla No. 2 muestra las características clínicas de los cuidadores que participaron en el estudio. En el G.E el 40.6% no padecían ninguna enfermedad, mientras que en el G.C el

56.3% reportaron la misma situación. En el G.E el 75% no tiene ningún tipo de terapia psicológica, en el G.C tan solo el 2% dijo si tener terapia psicológica. En cuanto a la terapia psiquiátrica en el G.E el 90.6% no tiene este tipo de terapia, al igual que un 93.8% en el G.C. En el G.E el 40.6% dijo acudir a atención médica más de 12 veces, mientras que en el G.C un 40.6% tan solo acude a atención 2 o menos veces.

En ambos grupos experimental y control, la enfermedad con mayor prevalencia es el cáncer con un 62.5% y un 68.8% respectivamente. El tiempo de diagnóstico de la enfermedad de mayor prevalencia en el G.E fue el de "1-3 años" con un 50%, mientras que el G.C fue de "Menos de un años" con 40.6% de los pacientes. En el G.C el 100% de los pacientes no están bajo un tratamiento curativo, mientras que en el G.E tan solo 3.1% (1 paciente) si está en tratamiento curativo. El 90.6% de los pacientes del G.E tienen menos de 6 meses en clínica de dolor y en el G.C el 75% se encuentran en el mismo rango de tiempo (Tabla 3).

La tabla No. 4 muestra la prevalencia de resiliencia "pre", "post" y "post post" intra grupos de la intervención en pacientes participantes. En el G.E "pre" a la intervención el 18.3% presentaba una nivel de resiliencia alto y después (post post) de la intervención este porcentaje de nivel de resiliencia aumento a 42.3%. En el G.C el nivel de resiliencia alto pre intervención es de un 30%, mientras que "post post" intervención cambio tan solo a un 36%.

La tabla No.5 muestra la prevalencia de resiliencia entre grupos antes de la intervención. En el G.E el 46.4% presentaba un nivel alto mientras que en el G.C el 53.6% presentaba niveles altos, no presenta diferencias estadísticamente significativas ($p \geq 0.05$).

La tabla No. 6 muestra los niveles de resiliencia entre grupos después de la intervención. En el G.E el 62.2% presenta niveles altos mientras que en el grupo control tan solo el 37.8% presenta este mismo nivel de resiliencia, con diferencias estadísticamente significativas ($p=0.05$).

La tabla No. 7 presenta los niveles de resiliencia entre grupos a un mes de a intervención. El G.E presenta un 62.5% de nivel de resiliencia alto, mientras que el G.C presenta tan solo un 37.5% de este mismo nivel mencionado, con diferencias estadísticamente significativas ($p=0.001$).

XIII.- DISCUSIÓN

Los resultados demuestran que el sexo de los cuidadores estudiados fue similar a la reportada en otros estudios; otras investigaciones han señalado que el perfil demográfico del cuidador primario es en general desempeñado por el familiar femenino más próximo. La proporción de mujeres cuidadoras es casi tres veces mayor que la de los hombres. 16. En nuestra investigación de los 64 cuidadores encuestados, el 73.45% son mujeres, solo el 26.55% son hombres, similar a lo reportado por Cardona donde 80.1 % de cuidadores de adultos mayores son mujeres y el 19.9% son hombres, Luxardo en el artículo Características sociodemográficas y sociales del cuidador en adultos mayores reporto que el 84 % de los cuidadores eran mujeres.

La edad que predomino en nuestra población fue de 41-60 años siendo el 42.18%, en segundo lugar el grupo de 20 a 40 años represento el 31.25%, mientras que mayores de 60 años fue de 26.56% similar a los reportado por Cardona donde el 50% de los encuestados tenía 54.5 años.

En nuestra población se encontró predominio del estado civil casado con el 76.56%, seguido por soltero el 17.1% y solo el 4.6 % en unión libre, siendo mayor el porcentaje de cuidadores casados a comparación de lo reportado en la literatura en el estudio de Cardona el 53.5% se encontraban casados o en unión libre, seguido del soltero 33.7%.

En cuanto a la ocupación del cuidador el 71.8% manifestó no trabajar y dedicar la mayor parte de su tiempo al cuidado de su familiar, siendo mayor a lo reportado por otros estudios como Cardona donde el 57.7% no trabajaba.

En este estudio no se encontró una asociación significativa de alguna de las características sociodemográficas y nivel de resiliencia, es decir no se encontró relación entre alguna variable como edad, sexo , estado civil, escolaridad con un mayor nivel de resiliencia por sí sola, ya que se ha descrito que factores que promueven la resiliencia son las relaciones de cariño, apoyo dentro y fuera de la familia, capacidad de manejar sentimientos e impulsos fuertes, confianza en la familia, ayuda social, valores, educación, apoyo marital, prácticas y creencias espirituales, mas no se relaciona propiamente con características sociodemográficas.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Se cumplieron los objetivos de valorar la utilidad de una intervención educativa basada en el aprendizaje constructivo, significativo y funcional, reforzando el nivel de resiliencia en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor

Los resultados demuestran que el grupo experimental después de la intervención aumento el nivel de resiliencia un 21.1% y se observa un aumento de 21.2% en la resiliencia después de un mes de la intervención.

Keltner y Walter, mencionan que en muchos casos, el problema de salud, es el agente desencadenante de la resiliencia. González Arratia, observo en su estudio que las personas con mayor sentido del deber, tienen un nivel alto de resiliencia por lo que se infiere que este estudio tenga altos niveles de resiliencia, ya que los cuidadores primarios adquieren una responsabilidad extra al cuidar de otra persona.

Matus Donoso y cols encontraron que las personas con bienestar psicológico tienen mayor resiliencia, en este estudio no se observaron diferencias significativas ya que ningún cuidador primario había sido evaluado anteriormente por un especialista en este ámbito.

El término resiliencia surge para dar una explicación de casos en donde se ha observado que algunos seres humanos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social vista como un proceso, capacidad, crecimiento, enfrentamiento y habilidad.

Por lo que en este estudio al medir nuevamente el nivel de resiliencia después de un mes de la intervención en los cuidadores primarios se observó un incremento, lo que sugiere que la efectividad de la intervención se mantuvo un mes después de haber concluido con la intervención educativa, debido a que la resiliencia es una competencia que poseen algunas personas es un proceso dinámico el cual puede ir cambiando en el tiempo y fortalecerse, es un proceso de transformación personal, que puede ser desarrollado y promovido con el tiempo.

En esta investigación un se considera que hay un posible sesgo de selección en el grupo experimental ya que los sujetos de estudio fueron seleccionados del mismo universo de trabajo que los sujetos del grupo experimental por lo que se considera que se pudo contaminar la muestra.



XIV.-CONCLUSIONES

Se realizó una intervención educativa basada en el aprendizaje constructivo, significativo y funcional, reforzando el nivel de resiliencia en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

Se identificaron las características sociodemográficas de los cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes, las cuales son similares a las descritas por otras investigaciones.

Se rechaza la Ho: La intervención educativa basada en el aprendizaje constructivo, significativo y funcional empleada no será de utilidad para reforzar el nivel de resiliencia en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

La intervención educativa basada en el aprendizaje constructivo, significativo y funcional empleada es de utilidad para reforzar el nivel de resiliencia en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

XV.- RECOMENDACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD

Difundir en los directivos los resultados del estudio para implementar la intervención y otros grupos de apoyo de forma continua para reforzar el nivel de resiliencia en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a la Clínica del dolor.

XVI.-RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Realizar un muestreo adecuado.

Seleccionar a los sujetos de estudio de forma aleatorizada para evitar sesgos de selección y contaminación de la muestra.

Promover investigaciones donde se empleen dos o más estrategias para comparar la utilidad de cada una de ellas, se sugiere trabajar con el modelo transaccional.

XVII.- GLOSARIO.

Resiliencia: Capacidad de la persona para reaccionar y recuperarse de las adversidades, afrontarlas, resistirlas, sacar fuerza, no derrumbarse a pesar de las situaciones difíciles, en un proceso de adaptación con éxito y de transformación personal que le permita salir airoso de la situación a pesar de los riesgos y de la propia adversidad.

Cuidadores primarios informales: “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad o enfermedad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”. no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea. Estos cuidadores asumen total responsabilidad en la tarea del cuidado del enfermo. Suelen ejercer este papel los familiares más cercanos al enfermo, algunos amigos íntimos de la familia o voluntarios de servicios sociales o asistenciales.

Enfermedad crónica terminal: Un enfermo terminal es aquel que padece de una enfermedad por la que posiblemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto, y que conoce su diagnóstico. Por el grado de avance y complejidad de sus padecimientos, se encuentra fuera de todo intento curativo.

XVIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Medina, González-Arratia N, Fuentes L, Valdez J. Resiliencia: Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta De Investigación Psicológica*, UNAM. 2013, 3 (1); 941–955.
2. Medina, González-Arratia N, Fuentes L, Valdez J. Resiliencia y personalidad en adultos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2011, Vol. 14 No. 4.
3. Crespo L, Rivera M. El Poder De La Resiliencia Generado Por El Cáncer De Mama En Mujeres En Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 2012; 112-113.
4. Talepasand S, Pooragha F, Kazemi M. Resiliency and Quality of Life in Patients With Cancer: Moderating Role of Duration of Awareness of Cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 2013; 222-223.
5. González-Arratia N, Nieto D, Valdez J. Resiliencia En Madres De Hijos Con Cancer. *Psicooncología*. 2011. Vol. 8, núm. 1; 113-123.
6. Cortés F, Abián L, Cortés H. Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar del cuidador principal. *Psicooncología*. 2003 Vol 0, No 1; 83-92.
7. Muñoz, Garrido V, De Pedro F. Educar Para La Resiliencia: Un Cambio De Mirada En La Prevención De Situaciones De Riesgo Social. *Revista Complutense de Educación*. 2005 Vol 16, No 1.
8. Arenas P. Resiliencia Y Riesgo De Suicidio En Adolescentes Expuestos A Sucesos De Vida Estresantes [tesis]. México (Mex): UNAM; 2012.

9. Rodríguez M, Fernández M, Pérez M. Espiritualidad Variable Asociada A Resiliencia. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología. 2011; 26.
10. Jiménez M, Montejano R, Armando F. Resiliencia y Estrategias de Afrontamiento en el cuidador primario de pacientes con esquizofrenia posterior a una intervención educativa [tesis]. Distrito Federal (Mex).UNAM; 2013.
11. Esteban, Gómez, Kotliarenco M. Resiliencia Familiar: Un Enfoque De Investigación E Intervención Con Familias Multiproblemáticas. Revista de Psicología. 2010. Vol. 19, No 2; 103-105.
12. Muñoz Garrido V. Pedagogía Hospitalaria Y Resiliencia [tesis]. Madrid (Esp); Universidad Complutense De Madrid. 2013.
13. Hernández, Sorza D. Una Propuesta Para Fortalecer La Resiliencia De Personas Mayores En Situación De Discapacidad Y Pobreza Integrando Al Cuidador Familiar Principal [tesis]. Universidad Nacional De Colombia. Bogotá (Col). 2010.
14. Castillo, Iraurgi I. Evaluación del grado de desadaptación y del proceso de Adecuación psicosocial de menores en desventaja social. Bizkai Lab 2012.
15. Estrada, Del Pilar M. Cancer y Cuidados Paliativos [Tesina]. Distrito Federal (Mex) Asociacion Mexicana De Tanatologia, A.C. 2010.
16. Romero, García B. Estudio Cualitativo Del Cuidador Primario, Sus Estilos De Afrontamiento Y El Vínculo Afectivo Con El Enfermo Oncológico Infantil [Tesis Doctoral]. Barcelona (Esp). Universitat Ramon Llull.2011.

17. López M^a, Orueta R, Gómez-Carrea S. Rol De Cuidador De Personas Dependientes Y Sus Repercusiones Sobre Su Calidad De Vida Y Su Salud. Revista Clínica De Medicina Familiar. 2009.
18. INEGI (<http://www.inegi.org.mx/>)
19. Sosa E, García F. Panorama Epidemiológico del cáncer en México. Revista Mexicana de Anestesiología. 2013; 130-132.
20. Chiquetes D, González J.C, Mohar A , Meneses A. Epidemiología Del Dolor Por Cáncer. Revista de la Social Española del Dolor. 2011.
21. Bruera E, De Lima L. Cuidados Paliativos. Guías Para El Manejo Clínico. Organización Panamericana de la Salud. S/F.
22. Acosta López I, Sánchez Y. Manifestación De La Resiliencia Como Factor De Protección En Enfermos Crónico Terminales Hospitalizados. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2009.
23. Soria, De Assis D. Resiliencia y Enfermería Oncológica. Acta Paul. Enferm. 2009, vol.22, n.5; 702-706.
24. Pascual A. Estrategia En Cuidados Paliativos Del Sistema Nacional De Salud. Ministerio De Sanidad Y Consumo. 2007; 20.
25. CENETEC. Guía de Practica Clínica Cuidados Paliativos. IMSS-41910. 2010.

26. Ley General de salud en Materia de Cuidados Paliativos (Ene. 5, 2009).
27. Reforma De Ley De Salud Del Estado De Aguascalientes En Materia De Cuidados Paliativos. Aguascalientes Mex. (Jul. 13, 2009).
28. Sin Autor. Guia De Servicios De Cancer. Mejorando El Apoyo y Cuidados Paliativos En Adultos Con Cancer. National Institute for Clinical Excellence. 2004.
29. Vinaccia S, Quiceno J, Remor E. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2012.
30. Almagiá, Matus V, Barra E. Personalidad Resistente, Estrés Percibido Y Bienestar Psicológico En Cuidadoras Familiares De Pacientes Con Cáncer Terminal. Psicología y Salud. 2013.
31. Rodrigues A. El Cuidador Y El Enfermo En El Final De La Vida - Familia Y/O Persona Significativa. Enfermería Global. 2010.
32. Astudillo W, Mendinueta C. Presente Y Futuro De Los Cuidados Paliativos. 2007.
33. Kern de Castro E. Resiliencia En Niños Enfermos Crónicos: Aspectos Teóricos1. Psicología em Estudo, Maringá. 2017.
34. Palomar J, Gómez N. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos. Red de revistas científicas de América latian el Caribe espana y Portugal. 2010. Vol 27 No. 1. 7-22.

35. Lemaitre E. Programa Fortaleciendo La Resiliencia: Una Estrategia Para Desarrollar La Autoestima. Universidad de Santiago De Chile. 2005.
36. Moreno A. La Promoción De La Resiliencia En El Vinculo Establecido Entre Adolescentes Y Educadores En La Practica Psicomotriz Educativa [tesis doctoral]. Barcelona (Esp). Universitat de Barcelona. 2011.
37. De Posada S. Intervención Educativa Para Fortalecer La Resiliencia De Madres Adolescentes Del Policlínico De Vertientes. Humanidades Medicas. 2012; 12(2), 217-240.
38. Ballús Carlos. Atención a familiares de pacientes con dolor crónico. Jano. es. MEDICINA Y HUMANIDADES 2011, 59-64. (25)
39. Maldonado, Sarahí, Cuidador primario informal del adulto mayor con pluripatologías como factor de riesgo de morbilidad psíquica en el programa ATHODO del HGZ-1, IMSS Aguascalientes. [tesis]. Universidad Autónoma de Aguascalientes, 2012. (30)
40. Rivera, Luz Nelly. CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA: VISIBILIZANDO LA TEORÍA Y LA INVESTIGACIÓN EN LA PRÁCTICA, EN LA CLÍNICA DEL COUNTRY. Universidad Nacional de Colombia. 2007.
41. Urra, Eugenia M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y Enfermería XVII , 2011; 11-22.
42. Úbeda Bonet Inmaculada. Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario. (tesis). Universitat de Barcelona. 2009; 1-293.

43. Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. Cardona Arango, Doris. Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal. Investigaciones Andina, vol. 13, núm. 22, abril-septiembre, 2011, pp 178-193.

44. Luxardo Natalia. Perfil de cuidadores de enfermos en cuidados paliativos. Medicina (B. Aires) v.69.n.5 Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Set/oct.2009



XIX.- ANEXOS

ANEXO A.- OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

ANEXO B.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ANEXO C.- CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

ANEXO D.- ESCALA RESILIENCIA MEXICANA DE PALOMAR Y LEVEL

ANEXO E.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO F.- INTERVENCION EDUCATIVA.

ANEXO A.- OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

| OBJETIVO GENERAL | CONCEPTO | DIMENSION | INDICADORES | ITEM | ESCALA | TIPO DE VARIABLE |
|--|--|---|--|--|--|----------------------|
| Conocer el nivel de resiliencia en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas en fase terminal adscritos al servicio de clínica del dolor HGZ1 IMSS Ags. | 1.Resiliencia: Es la capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas y exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas que amenazan su integridad | Resiliency: resistencia de los cuerpos a los choques con habilidad para recuperarse o ajustarse nuevamente. | 1.Fortaleza y confianza en sí mismo | 5. Tengo el control de mi vida | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 13. Pase lo que pase siempre encontraré una solución | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 17. Tengo planes realistas para el futuro | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|----------------------|
| | | | | 21. Me es fácil establecer contacto con nuevas personas | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | |
| | | | | 22. Me es fácil hacer nuevos amigos. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 23. Es fácil para mí tener un buen tema de conversación | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 24. Fácilmente me adapto a situaciones nuevas | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 25. Es fácil para mí hacer reír a otras personas | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo | Variable dependiente |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|----------------------|
| | | | | | 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | |
| | | | | 1. Los que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 2. Sé dónde buscar ayuda | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 3. Soy una persona fuerte | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 4. Sé muy bien lo que quiero | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|----------------------|
| | | | | 5. Tengo el control de mi vida | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 7. Me esfuerzo por alcanzar mis metas | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 8. Estoy orgulloso de mis logros | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 9. Sé que tengo habilidades | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 10. Creer en mí mismo me ayuda a superar momentos difíciles | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo | Variable dependiente |

| | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------------|---|--|----------------------|
| | | | | | 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | |
| | | | | 11. Creo que voy a tener éxito | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | |
| | | | | 12. Sé cómo lograr mis objetivos | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | 2.Competencia social | 6. Me siento cómodo con otras personas. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 13. Me es fácil establecer contacto con otras personas. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|----------------------|
| | | | | 14. Me es fácil hacer nuevos amigos. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 15. Es fácil para mí tener un buen tema de conversación. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 16. Fácilmente me adapto a situaciones nuevas. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 17. Es fácil para mí hacer reír a otras personas. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 18. Disfruto estar con otras personas | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo | Variable dependiente |

| | | | | | | |
|--|--|--|---------------------------|---|--|----------------------|
| | | | | | 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | |
| | | | | 19. Sé cómo comenzar una conversación | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | 3.- Apoyo familiar | 23. Tengo una buena relación con mi familia. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 24. Disfruto estar con mi familia | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 25. En nuestra familia somos leales entre nosotros. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | |

| | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------|---|--|----------------------|
| | | | | 26. En nuestra familia disfrutamos hacer actividades juntos. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 27. Aún en momentos difíciles nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 28. En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | 3.- Apoyo social | 30. Tengo algunos amigos/ familia que realmente se preocupan por mí | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 31. Tengo algunos amigos/familia que me apoyan | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo | Variable dependiente |

| | | | | | | |
|--|--|--|----------------------|--|--|----------------------|
| | | | | | 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | |
| | | | | 32. Siempre tengo a alguien que puede ayudarme cuando lo necesito. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 33. Tengo algunos amigos/ familia que me alientan | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 36. Tengo algunos amigos/ familia que valoran mis actividades. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | 5. Estructura | 39. Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|----------------------|
| | | | | 40. Mantengo mi rutina aún en momentos difíciles | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 41. Prefiero planear mis actividades. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 42. Trabajo mejor cuando tengo metas. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |
| | | | | 43. Soy bueno para organizar mi tiempo. | 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo | Variable dependiente |

| CONCEPTO | DIMENSION | VARIABLES | INDICADORES | ITEM | ESCALA | TIPO DE VARIABLE |
|-------------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|--|------------------------|
| 2.- Perfil socio-demográfico | Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza al grupo social al que pertenece cada individuo. | Edad Tiempo de existencia desde el nacimiento medido en años | Número de años cumplidos | 1. ¿Cuántos años tiene? | 1. 20- 40 años 2. 41-60 años 3. 60 y más. | Variable interviniente |
| | | Género Hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres | fenotipo | | Cualitativa nominal dicotómica 1.masculino 2.femenino | Variable independiente |
| | Características sociales Estudio de las relaciones definidas entre los individuos que lo componen | Nivel educativo. Grados que el individuo ha aprobado en un establecimiento educativo reconocido legalmente | Años cumplidos de educación formal. | ¿Hasta qué grado educativo cursó? | Cualitativa nominal 1)Analfabeta 2)Primaria 3)Secundaria 4)Preparatoria 5)Licenciatura 6) Otro | Variable independiente |
| | | Parentesco. Relación que existe entre las personas unidas por un vínculo de sangre. | Grados | ¿Qué tipo de parentesco tiene con su familiar? | Cualitativa nominal. 1. primer grado 1.1 padre-madre 1.2 esposo-esposa | Variable interviniente |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|-------------------------------|
| | | | | | <p>1.3hermano-hermana</p> <p>1.4 hijo-hija.</p> <p>2. Segundo grado</p> <p>2.1 otros.</p> | |
| | | <p>Estado civil. situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes de matrimonio o parentesco</p> | | <p>¿Cuál es su estado civil?</p> | <p>Cualitativa nominal</p> <p>1)Soltero (a)</p> <p>2) Unión Libre</p> <p>3)Casado (a)</p> <p>4)Divorciado (a) 5)Viudo (a)</p> | <p>Variable independiente</p> |
| | | <p>Cuidado. Relación existente entre el cuidador (la persona que entrega cuidado) y la persona cuidada (quien se deja proteger y cuidar) .</p> | | <p>¿Cuántas horas dedica al día al cuidado de su familiar?</p> | <p>Cuantitativa discreta</p> <p>1. 0-5 hrs</p> <p>2. 6-10 hrs</p> <p>3. 11-15 hrs</p> <p>4. más de 16 hrs</p> | <p>Variable interviniente</p> |
| | | | | <p>¿Recibe alguna remuneración por las actividades de cuidado que realiza?</p> | <p>Cualitativa nominal dicotómica</p> <p>1. si</p> <p>2. no</p> | <p>Variable interviniente</p> |
| | | | | <p>¿Recibe ayuda de alguna persona para el cuidado de su familiar?</p> | <p>Cualitativa nominal dicotómica</p> <p>1. si</p> <p>2. no</p> | <p>Variable interviniente</p> |
| | | | | <p>¿Qué enfermedad tiene su familiar?</p> | <p>Cualitativa</p> | <p>Variable interviniente</p> |
| | | | | <p>¿Cuánto tiempo tiene</p> | <p>Cuantitativa discreta</p> | <p>Variable interviniente</p> |

| | | | | | | |
|--|----------------------------|---|----------------------------------|---|--|-------------------------|
| | | | | de diagnóstico? | 1. menos de 1 año 2. de 1-3 años 3. de 3-5 años 4. más de 5 años | |
| | | | | ¿Existe algún tipo de opción terapéutica curativa para su paciente? | Cualitativa nominal dicotómica 1. si 2. no | Variable interviniente |
| | | | | ¿Cuánto tiempo tiene acudiendo a control a Clínica del Dolor? | Cuantitativa discreta 1. menos de 6 meses 2. de 6 meses a 1 año 3. 1-2 años 4. más de 2 años. | Variable interviniente |
| | Características económicas | Trabaja | Rol social establecido | ¿Usted trabaja? | Cualitativa nominal dicotómica 1.si 2.no | Variable interviniente |
| | | Actividad laboral Es el ejercicio de funciones en un contexto de trabajo determinado | Tipo de ocupación según sectores | ¿Cuál es su actividad laboral actual o previa? | Cualitativa nominal. 1.servicios 2.comercio 3.burocracia 4.empresarial 5.agricultura y ganadería 6.otros | Variable interviniente. |

ANEXO B.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

| ACTIVIDAD | Octubre 2012 | Noviembre | Diciembre 2012 | Enero 2013 | Febrero 2013 | Marzo 2013 | Abril 2013 | Mayo 2013 | Junio 2013 | Julio 2013 | Agosto 2013 | Septiembre | Octubre 2013 | Noviembre | Diciembre 2013 | Enero 2014 | Febrero 2014 | Marzo 2014 | Abril 2014 | Mayo 2014 | Junio 2014 | |
|--|--------------|-----------|----------------|------------|--------------|------------|------------|-----------|------------|------------|-------------|------------|--------------|-----------|----------------|------------|--------------|------------|------------|-----------|------------|--|
| 1.-Elección del tema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.- Acopio de la bibliografía | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.-Revisión de la Literatura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.- Diseño del Protocolo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.-Planteamiento del problema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.-Antecedentes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.-Justificación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.- Introducción | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.Envío del Protocolo al comité Local | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.- Revisión y modificación del protocolo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11.- Registro del Protocolo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12.-Aprobación del Protocolo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13.-Recolección de la muestra | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14.- Captura y procesamiento de datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO C.- CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO.

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Hospital General de Zona No. 1 Aguascalientes, Ags.

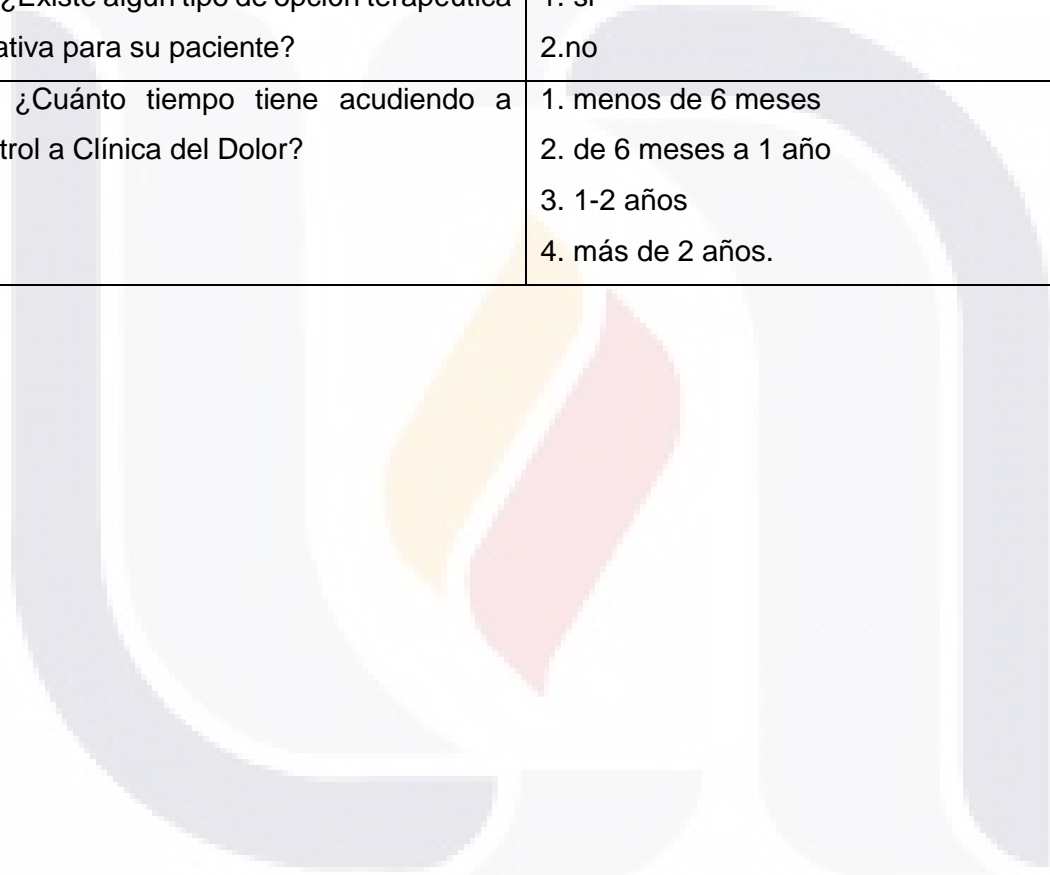
Servicio de clínica del dolor.

INSTRUCCIONES: Favor de subrayar y contestar las siguientes preguntas:

| | |
|--|---|
| I.- Datos Generales | |
| 1. Iniciales | |
| 2. Edad | 1. 20- 40 años 2. 41-60 años 3. 60 y más. |
| 3. Sexo | 1. Masculino 2. Femenino |
| 4. Unidad de Medicina Familiar a la que acude: | |
| 5. Escolaridad ¿Hasta qué grado educativo cursó? | 1)Analfabeta 2)Primaria 3)Secundaria 4)Preparatoria 5)Licenciatura 6) Otro |
| 6. ¿Usted trabaja? Escriba su ocupación (u ocupación previa): | 1.si 2.no |
| 7.- ¿Cuál es su actividad laboral actual o previa? | 1.servicios 2.comercio 3.burocracia 4.empresarial |

| | |
|---|---|
| | 5.agricultura y ganadería 6.otros |
| 8. ¿Cuál es su estado civil? | 1)Soltero (a) 2) Unión Libre 3)Casado (a) 4)Divorciado (a) 5)Viudo (a) |
| 9. ¿Tiene algún parentesco con la persona que cuida? | 1) Esposo (a) 2) hermano(a) 3) padre o madre (a) 4) hijo(a) 5) otro, especifique. |
| 10. ¿Cuántas horas dedica al día al cuidado de su familiar? | 1. 0-5 hrs 2. 6-10 hrs 3. 11-15 hrs 4. más de 16 hrs |
| 11. ¿Recibe alguna remuneración por las actividades de cuidado que realiza? | 1. si 2. no |
| 12. ¿Recibe ayuda de alguna persona para el cuidado de su familiar? | 1. si 2. no |
| II.- Características Clínicas del Cuidador | |
| 13. Indique si padece alguna de las siguientes enfermedades: | 1) Diabetes 2) Depresión 3) Hipertensión 4) Otra. EscribaCuál: |
| 14. ¿Actualmente acude a terapia psicológica? | 1.Si 2.No |
| 15. ¿Actualmente acude a terapia psiquiátrica? | 1.Si 2.No |
| 16. Cuantas veces al año acude a recibir atención médica? | 1. 2 o menos 2. de 3-4 3. de de 5-7 4. 8-11 5.- más de 12 |

| | |
|--|---|
| <p>II.- Características Clínicas del paciente que está al cuidado.</p> | |
| <p>17. ¿Qué enfermedad tiene su familiar?</p> | |
| <p>18. ¿Cuánto tiempo tiene de diagnóstico?</p> | <p>1. menos de 1 año 2. de 1-3 años 3. de 3-5 años 4. más de 5 años</p> |
| <p>19. ¿Existe algún tipo de opción terapéutica curativa para su paciente?</p> | <p>1. si 2.no</p> |
| <p>20. ¿Cuánto tiempo tiene acudiendo a control a Clínica del Dolor?</p> | <p>1. menos de 6 meses 2. de 6 meses a 1 año 3. 1-2 años 4. más de 2 años.</p> |



ANEXO D. ESCALA RESILIENCIA MEXICANA DE PALOMAR Y LEVEL

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

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

| Item | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|--------------------------|---------------|------------|-----------------------|
| 1.- Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos. 2.- Sé dónde buscar ayuda. 3.- Soy una persona fuerte. 4.- Sé muy bien lo que quiero. 5.- Tengo el control de mi vida. 6.- Me gustan los retos. 7.- Me esfuerzo por alcanzar mis metas. 8.- Estoy orgulloso de mis logros. 9.- Sé que tengo habilidades. 10.- Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles. 11.- Creo que voy a tener éxito. 12.- Sé cómo lograr mis objetivos. 13.- Pase lo que pase siempre encontraré una solución. 14.- Mi futuro pinta bien. 15.- Sé que puedo resolver mis problemas personales. 16.- Estoy satisfecho conmigo mismo. 17.- Tengo planes realistas para el futuro. 18.- Confío en mis decisiones. 19.- Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores. 20.- Me siento cómodo con otras personas. 21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas. 22.- Me es fácil hacer nuevos amigos. | | | | |

(Continúa)

| Item | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|--------------------------|---------------|------------|-----------------------|
| <p>23.- Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.</p> <p>24.- Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.</p> <p>25.- Es fácil para mí hacer reír a otras personas.</p> <p>26.- Disfruto de estar con otras personas.</p> <p>27.- Sé cómo comenzar una conversación.</p> <p>28.- Tengo una buena relación con mi familia.</p> <p>29.- Disfruto de estar con mi familia.</p> <p>30.- En nuestra familia somos leales entre nosotros.</p> <p>31.- En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.</p> <p>32.- Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.</p> <p>33.- En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.</p> <p>34.- Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.</p> <p>35.- Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.</p> <p>36.- Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.</p> <p>37.- Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.</p> <p>38.- Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades</p> <p>39.- Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.</p> <p>40.- Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.</p> <p>41.- Prefiero planear mis actividades.</p> <p>42.- Trabajo mejor cuando tengo metas.</p> <p>43.- Soy bueno para organizar mi tiempo.</p> | | | | |

ANEXO E.- CONSENTIMIENTO INFORMADO.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA EN INVESTIGACION ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio: INTERVENCION EDUCATIVA PARA FORTALECER EL NIVEL DE RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS TERMINALES QUE ACUDEN A CLINICA DEL DOLOR DEL HGZ NO. 1 IMSS, AGUASCALIENTES, AGS.

Lugar y fecha: Aguascalientes, Aguascalientes, Enero-Junio del 2014.

Justificación y objetivos del estudio: Determinar el nivel de resiliencia de cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acuden a clínica del dolor HGZ No 1, IMSS, Aguascalientes.

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación consistirá en asistir a una intervención educativa para fortalecer el nivel de resiliencia que se llevará a cabo en siete sesiones de 1 a 2 hrs cada una programadas en las aulas del HGZ No 1., así como contestar encuestas relacionadas con características sociodemográficas y una escala que evalúa el nivel de resiliencia antes y después de la intervención.

Posibles riesgos y molestias: no existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, o la asistencia a la intervención educativa sólo la inversión del tiempo en contestar la misma.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: no recibiré **ningún beneficio personal** por participar en este estudio, pero se me explicó que el estudio permitirá comparar si la intervención educativa impartida por profesionales de la clínica del dolor sirven para aumentar la resiliencia.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro: entiendo que mi participación es voluntaria y con conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, así

como también puedo dejar de contestar alguna pregunta de lo que quiera dar respuesta o de la que tenga duda en responder.

Privacidad y confidencialidad: el investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán tratados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información que yo le sea solicitada, acerca de las dudas que tenga en el momento que sea realizada la encuesta.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dr. Ramona Romo Cortes. Hospital General de Zona 1. Adscripción: consultorio de Clínica del Dolor HGZ 1. Domicilio: José María Chávez # 1202. Col. Lindavista. Aguascalientes, CP 20270. Teléfono: 9139050. Correo: romi_cort@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º. Piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO F.- ESTRATEGIA EDUCATIVA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZ NO. 1 AGUASCALIENTES**

SEMINARIO PARA FORTALECER LA RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ESTADO TERMINAL QUE ACUDEN A CLÍNICA DEL DOLOR DEL HGZ NO. IMSS, AGUASCALIENTES.

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL PROYECTO DE TESIS “INTERVENCION EDUCATIVA PARA FORTALECER EL NIVEL DE RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ESTADO TERMINAL QUE ACUDEN A CLINICA DEL DOLOR DEL HGZ NO. 1 IMSS, AGUASCALIENTES, AGS”

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dra. Ramona Romo Cortes

INVESTIGADOR ASOCIADO: Christian Marisol Ibarra Rangel

PRESENTACIÓN.-

Cuando las personas se enfrentan a situaciones de adversidad se ven obligados a replantearse nuevas pautas de vida que las llevará a la adopción de estrategias encaminadas a superar la crisis. Desde la psicología positiva la Resiliencia cobra importancia ya que está inmerso en todas las personas. En los últimos años ha existido un creciente interés en este tema, lo cual puede constatarse en la propagación de literatura con grupos sometidos a dificultades como son los pacientes con enfermedades severas y crónicas, campo que ocupa nuestro interés, y pese a dichas dificultades, las personas logran, por lo general, adaptarse a las nuevas situaciones y reportan niveles adecuados de bienestar psicológico. La preocupación por conocer los factores que estimulan la Resiliencia, se ha acrecentado, debido al envejecimiento poblacional y ya que la Resiliencia apunta a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, a la manera en como ellos perciben y enfrentan el mundo; el estimular un comportamiento resiliente implica potenciar estos atributos involucrando a todos los miembros de la comunidad en el desarrollo, la implementación y la evaluación de los programas de intervención. (HERNÁNDEZ, 2010).

El presente trabajo presenta un planteamiento de intervención para fortalecer la Resiliencia desde la afectividad humana en cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas en estado terminal. La Resiliencia es un constructo que ha mostrado tener gran influencia en la calidad de vida y bienestar mental. Se define como la capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas y exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas que amenazan su integridad. (Jímenez Colín, 2013)

Mediante la participación de personal experto, y con un apoyo personal e individualizado se persigue efectuar un análisis profundo de la Resiliencia individual, favorecer su fortalecimiento. De este modo, el participante tendrá la oportunidad de analizar y reflexionar sobre sí, determinará cuáles son sus debilidades y fortalezas, lo que facilitará que reconozca cualquier situación que sea un factor predisponente para el desarrollo de enfermedad psíquica como la depresión y tenga los conocimientos para poder enfrentar cualquier problemática de forma positiva y evitando el estrés. Debido a que la literatura aporta una serie de recursos que son los responsables del proceso de resiliencia y como el objetivo del presente trabajo es que la intervención educativa que se propone fortalezca el nivel de resiliencia; mencionamos dichos recursos que la fortalecen como son la identidad

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

positiva, el control personal, la autoeficacia, la autoestima, las emociones positivas, el optimismo, el afrontamiento y el apoyo social. En este Seminario se trabajará en tres aspectos de la realidad nuestra de todos los días de manera interrelacionada, lo que divide al curso en 4 módulos:

1.- La Resiliencia.

2.- Afectividad

3.- Comunicación asertiva y Estrategias de afrontamiento.

4.- Seguimiento a 30 días, cómo me encuentro luego de lo aprendido.

CARACTERÍSTICAS DESEABLES DE LOS PROFESIONALES PARTICIPANTES.

MÉDICO.-

Médico con especialidad en Anestesiología y Cuidados paliativos con amplia experiencia encargada del servicio de Clínica Del Dolor HGZ 1 Ags.

LIC. EN PSICOLOGÍA.-

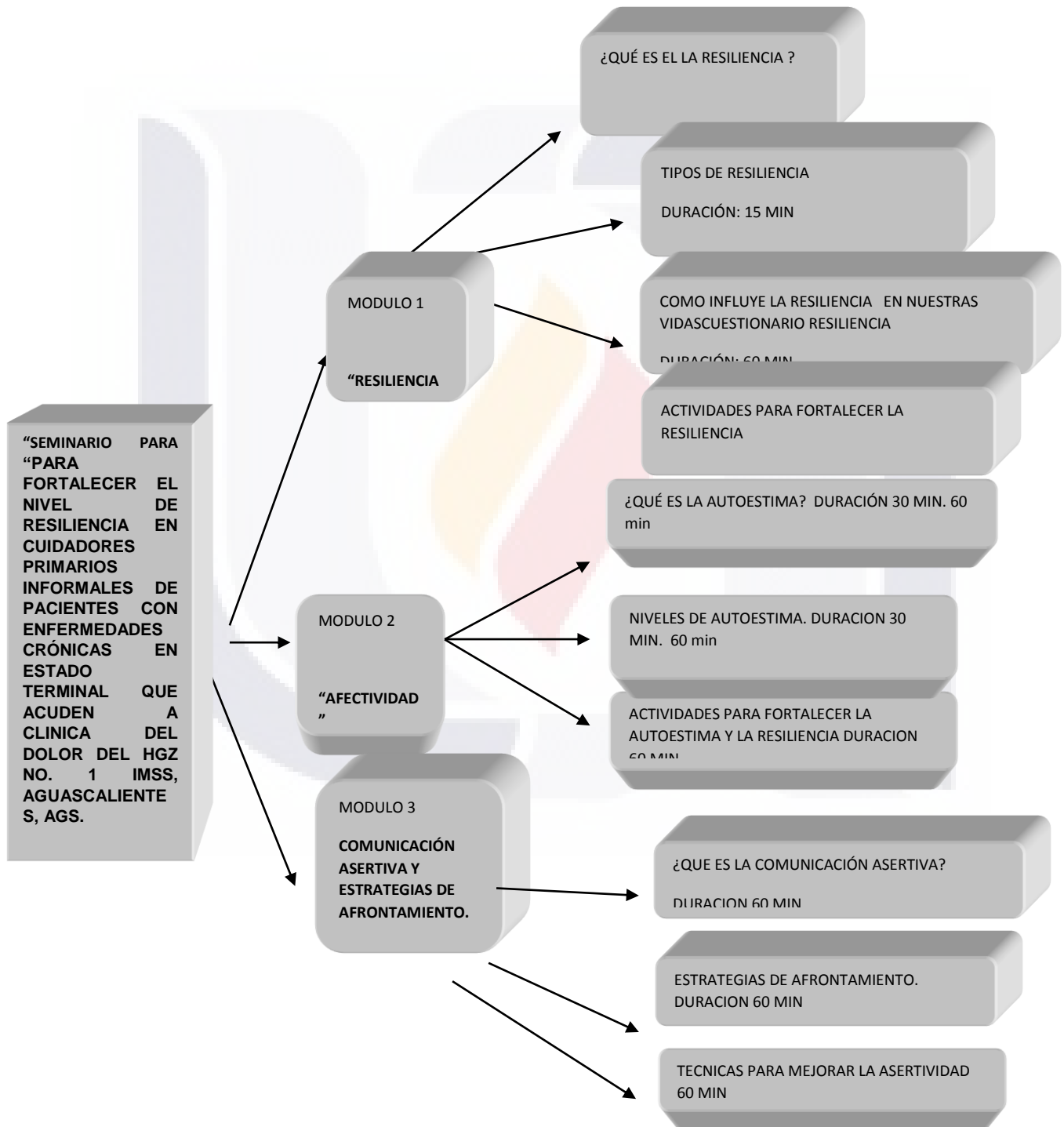
Con preparación pedagógica. Que brinde apoyo psicológico a los participantes.

TRABAJADORA SOCIAL.-

Con diplomado en cuidados paliativos con gran preocupación por el bienestar de los cuidadores y hacer que estos se sientan con confianza y apoyo durante su participación.

ENFERMERA.-Con diplomado en Cuidados paliativos, Con preparación pedagógica, con gran interés en la salud mental de los cuidadores.

MAPA DEL SEMINARIO: “INTERVENCION EDUCATIVA PARA FORTALECER EL NIVEL DE RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON CANCER QUE ACUDEN A CLINICA DEL DOLOR DEL HGZ NO. 1 IMSS, AGUASCALIENTES, AGS”



INTERVENCION EDUCATIVA PARA FORTALECER EL NIVEL DE RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ESTADO TERMINAL QUE ACUDEN A CLINICA DEL DOLOR DEL HGZ NO. 1 IMSS, AGUASCALIENTES, AGS”

SEMINARIO:

1) DIRIGIDO A:

Cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas en estado terminal que acuden a Clínica del Dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes, Ags.

2) PERFIL DE INGRESO:

El interesado(a) deberá presentar las siguientes características:

- + Persona que asume el cuidado de su familiar con una media de 10 hrs al día.
- + Presenta sentimientos negativos de sobrecarga, depresión, impotencia, tristeza o culpabilidad.
- + Identifica las características personales propias y de su familiar.
- + No recibe ninguna remuneración económica.

3) PERFIL DE EGRESO:

Como resultado del proceso de formación a lo largo del seminario el participante mostrará los siguientes rasgos:

- + Conoce y valora las características y potencialidades de sí mismo.
- + Busca, selecciona, analiza, evalúa y utiliza la información proveniente de diversas situaciones cotidianas familiares para darles solución asertiva.

+ Conoce y ejerce los valores que favorecen la vida familiar

4) PERFIL DEL INSTRUCTOR

+ Debe ser muy práctico, observador, receptivo y con capacidad de analizar diferentes situaciones en los grupos.

+ En relación a su razonamiento lógico, tener la capacidad y la disposición para entender las situaciones de cada uno de los participantes, escuchar con empatía, sin interrumpir y con respeto.

+ Capacidad para encontrar relaciones entre los hechos y las causas que los producen para poder implementar estrategias personalizadas y adecuadas a cada uno de los participantes.

CONTENIDOS:

MÓDULO 1 Fase Intrapersonal.

- 1) INTRODUCCIÓN: ¿QUÉ ES LA RESILIENCIA?
- 2) TIPOS DE RESILIENCIA
- 3) COMO INFLUYE LA RESILIENCIA EN NUESTRAS VIDAS
- 4) ACTIVIDADES PARA FORTALECER LA RESILIENCIA

MODULO 2

- 5) AFECTIVIDAD
- 6) ¿QUÉ ES LA AUTOESTIMA?
- 7) NIVELES DE AUTOESTIMA
- 8) ACTIVIDADES PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA Y RESILIENCIA.

MODULO 3

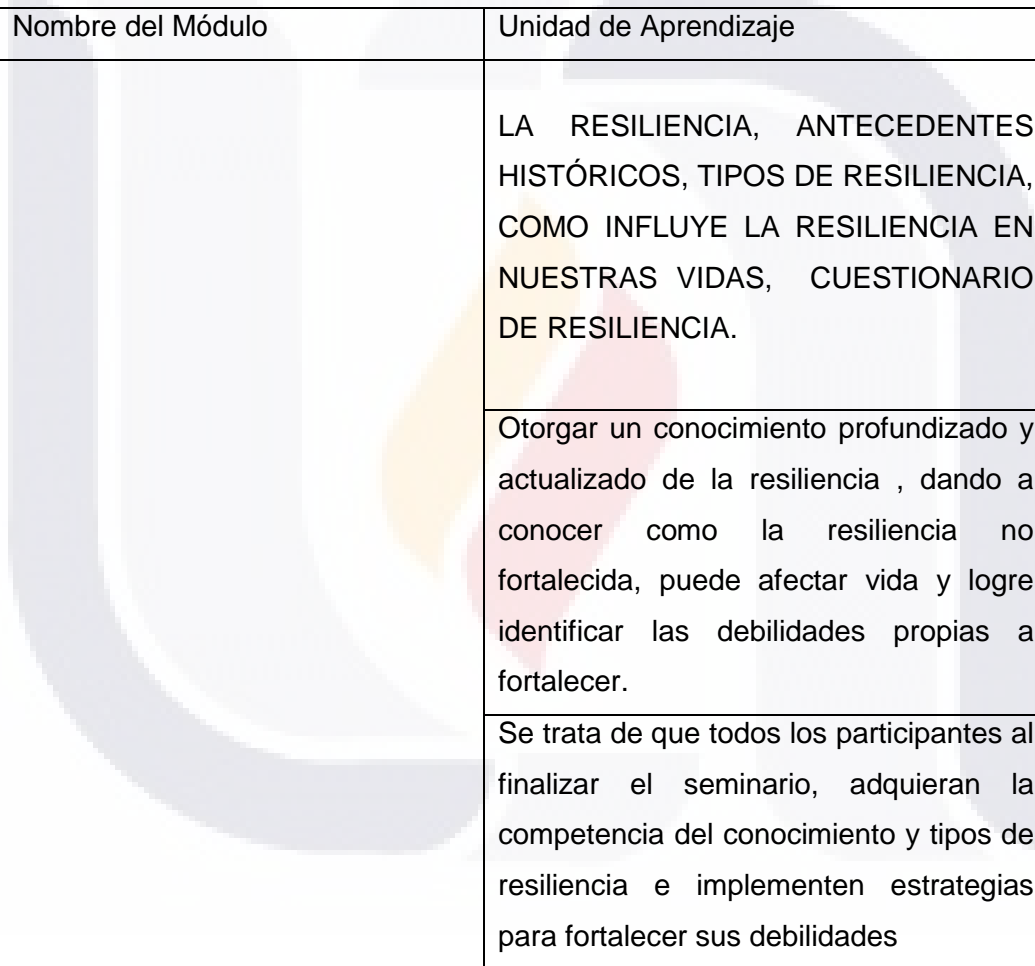
- 9) COMUNICACIÓN ASERTIVA
- 10) ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
- 11) TÉCNICAS PARA SER ASERTIVO Y MEJORAR LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.



SEMINARIO:

“FORTALECIMIENTO DE LA RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ESTADO TERMINAL QUE ACUDEN A CLÍNICA DEL DOLOR DEL HGZ NO. IMSS, AGUASCALIENTES.

MAPA CURRICULAR MÓDULO I

| Nombre del Módulo | Unidad de Aprendizaje |
|---|--|
|  | <p>LA RESILIENCIA, ANTECEDENTES HISTÓRICOS, TIPOS DE RESILIENCIA, COMO INFLUYE LA RESILIENCIA EN NUESTRAS VIDAS, CUESTIONARIO DE RESILIENCIA.</p> |
| | <p>Otorgar un conocimiento profundizado y actualizado de la resiliencia , dando a conocer como la resiliencia no fortalecida, puede afectar vida y logre identificar las debilidades propias a fortalecer.</p> |
| | <p>Se trata de que todos los participantes al finalizar el seminario, adquieran la competencia del conocimiento y tipos de resiliencia e implementen estrategias para fortalecer sus debilidades</p> |

SEMINARIO:
 FORTALECIMIENTO DEL NIVEL DE RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ESTADO TERMINAL QUE ACUDEN A CLINICA DEL DOLOR DEL HGZ NO. 1 IMSS, AGUASCALIENTES, AGS.

| | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------|
| <p>Nombre de los Docentes:</p> | <p>Los docentes del módulo han sido elegidos por las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ser expertos en el área de Psicología, Medicina, Cuidados Paliativos, Tanatología, Trabajo social. -Ser expertos en estrategias y técnicas constructivistas. -Ser personas con gran dominio de comunicación asertiva, cuestiones éticas y morales y preocupadas por la salud mental de los pacientes y de los cuidadores. | | |
| <p>Módulo y Bloque:</p> | <p>MODULO I. LA RESILIENCIA</p> <p>SESIÓN 1. ¿Qué es la Resiliencia?</p> <p>SESIÓN 2. Tipos de Resiliencia</p> <p>SESIÓN 3. Como influye la Resiliencia en nuestras vidas;</p> | | |
| <p>Fecha de Inicio:</p> | <p>2 Julio 2014</p> | <p>Término del Bloque:</p> | <p>9 de julio 2014</p> |

Introducción

En este módulo se abordarán temas como ¿Qué es la Resiliencia?, Conoceremos los distintos tipos de resiliencia que existen, como influyen en nuestra vida y el Cuestionario de Resiliencia, así como el Cuestionario de Perfil sociodemográfico.

SECUENCIA DIDÁCTICA # 1

| | |
|--|--|
| Competencia Meta | Identifica y reconoce las características propias de la Resiliencia. |
| Competencia de Módulo | Aprende a conocer la Resiliencia como parte importante de su persona, cuales de sus dimensiones se encuentran más fortalecidas o debilitadas. Reconoce la enfermedad de su paciente como causa de alteraciones en su conducta, tanto social, familiar, psicosocial, pero también como una oportunidad de crecimiento personal y familiar. |
| Tema | La Resiliencia |
| Propósito de la secuencia didáctica | Que los participantes comprendan el concepto de resiliencia reconociendo los diferentes tipos y cuáles son las repercusiones de no fortalecerla. Reconozca aspectos positivos dentro de su vida. |

| Dimensión Conceptual o Fáctica (Aprender a aprender) | Dimensión Procedimental (Aprender a hacer) | Dimensión Actitudinal (Aprender a ser) |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de Resiliencia • Cuestionario de Resiliencia • Actividad 1. El árbol de la vida | <p>Se pretende que los participantes alumnos, por medio de la auto-aplicación del cuestionario de resiliencia conozcan y aprendan a identificar las características de su resiliencia, la importancia que ellos tienen y se genere el interés por fortalecer debilidades.</p> <p>En la actividad del árbol de la vida se trata de que los participantes recreen en ese árbol que</p> | <p>Se pretende que los participantes tengan una actitud de interés sobre su resiliencia y reconocer que la debilidad es una oportunidad de crecimiento.</p> <p>Se les pedirá a los participantes que recuerden un aspecto positivo en el pasado que hace parte de las raíces o del tronco de su árbol de la vida y lo recuerden durante la semana.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | describe los aspectos positivos de su vida y los reconozca. Se les motivará a decir que aspectos de su vida fueron en el pasado positivo, en el presente los que le agradan y en el futuro que cosas haría. | |
| Actividad 2. El triángulo de mis ayudas. | En esta actividad se le mostrará a la (cuidador) un triángulo donde estarán marcados sus 3 vértices la idea es que los participantes digan para el vértice 1 de quien reciben ellos ayuda, para el vértice 2 de quien reciben amistad y de del vértice 3 de quien reciben sinceridad | Se trata de que los participantes reconozcan a las personas que más los ayudan. Tarea: Se les pedirá a los participantes que agradezcan esa ayuda a una de las personas que nombraron y que piensen en la manera de cómo van a agradecer, se les recordará que hay muchas maneras de agradecer. |

| | | | |
|---|---|--|---------------|
| N° de Sesiones (clases): | 2 sesiones de 2 horas cada una | Fecha: | 16 Julio 2014 |
| Metodología de trabajo utilizada | Pregunta generadora para conocer los aprendizajes previos (que saben del resiliencia) y expectativas (que esperan obtener del seminario) método expositivo y trabajo individual para el análisis de su resiliencia. | | |
| Espacio en el que se desarrolla la actividad | Actividad dentro del aula. | Forma de organización de los Participantes. | Individual. |

| DESARROLLO DE LA SECUENCIA DIDÁCTICA | | | | | EVALUACIÓN | |
|---|---|----------|------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| Actividades | | Duración | Recursos didácticos | | Evidencias y criterios de desempeño | Materiales para la evaluación |
| Facilitador | Participante | | Facilitador | Participante | | |
| SESIÓN 1 | | | | | | |
| 12:00 hrs BIENVENIDA Y PRESENTACION. Se dará la bienvenida a todos los participantes y cada uno se presentará ante sus compañeros. | Se presentaran con sus compañeros por medio de una dinámica de integración. | 15 min | | Cuaderno de notas | Actitud de colaboración | Participación Rúbrica y registro de participación |
| 12:15 hrs. ENCUADRE. Bajo pregunta generadora se tratará de conocer de manera escrita las expectativas de los participantes, el por qué su interés en el seminario, qué saben de la resiliencia. Esto se tomará como la evaluación diagnóstica. | Cada uno responderá de manera escrita la pregunta generadora registrando también sus expectativas en relación al curso, lo que conocen sobre resiliencia y el interés particular que tienen en el seminario., si lo creen necesario | 15 min | Hojas Lápices | Hojas Lápices Cuaderno de notas | Examen de diagnostico | Hoja con respuesta a la pregunta generadora. Cuantitativa |
| 12:30 hrs. ¿QUE ES LA RESILIENCIA? Por medio de una presentación en PPT. se darán a conocer | Escuchará con atención y participará activamente con la apertura que el facilitador le da pudiendo | 15 min | PC Cañón Presentación en PPT | Cuaderno de notas Lápices | Participación / debate Análisis y reflexión de la exposición | Participación Rúbrica |

| | | | | | | |
|---|---|---------|---|---|---|---|
| diferentes autores y como definen a la Resiliencia a través del tiempo | intervenir en cualquier momento y ante cualquier duda. | | | | | |
| 13:00 hrs. EVOLUCIÓN HISTORICA DE LA RESILIENCIA. | Escuchará con atención y participará activamente. | 15 min | PC Internet | Cuaderno de notas Lápices Plumas | Participación Presentación PPT | Observación Actitud crítica Exposición Rúbrica |
| 13:30 Actividad El árbol de la vida | Los participantes Escucharán y participará activamente en la actividad. | 30 min | | Cuaderno de notas Lápices Plumas | Participación | Observación Rúbrica |
| 14:00 hrs Actividad El triángulo de mis ayudas. | Los participantes Escucharán y participará activamente en la actividad. | 30 min | | Cuaderno de notas Lápices Plumas | Participación | Observación Rúbrica |
| SESIÓN 2 | | | | | | |
| 12:00 hrs. COMO AFECTA MI VIDA LA LABOR DE SER CUIDADOR PRINCIPAL. CUALES SON LOS BENEFICIOS DE FORTALECER LA RESILIENCIA. Realiza una ponencia magistral con los expertos psicólogos, Médico | Escuchará con atención la ponencia, definirá cuales son los roles más afectados cuando se es cuidador primario a nivel personal, familiar y social/profesional. Realizará por escrito a | 40 min. | Laptop Cañón Presentación en ppt Invitación a expertos | Cuaderno de notas Lápices Hojas blancas | Elaboración de un ensayo con las conclusiones del tema. | Participación Rúbrica |

| | | | | | | |
|--|--|----------------|------------------------------|--|--|----------------------------------|
| <p>experto en cuidados paliativos, trabajadora social donde se enfatiza la importancia de éste en los roles de cuidador primario y las repercusiones, así como la importancia de la resiliencia y de su fortalecimiento. Se pedirá la colaboración voluntaria de quien desee aportar alguna problemática que atraviese y se retroalimentará positivamente. Se busca que en lugar de elaborar estudios con test psicológicos, sea la participación voluntaria y grupal, la que vaya fortaleciendo la resiliencia de los participantes, apoyados con las estrategias que recomendarán los especialistas.</p> | <p>manera de ensayo sus conclusiones del tema. Voluntariamente se pide como ejemplo a dos participantes su opinión y su experiencia.</p> | | | | | |
| <p>Actividad Lo que apporto a mi familia Se debe realizar una lista de acciones que el cuidador realiza y que están</p> | <p>Escuchará con atención. Realizará por escrito las tareas que hace para ayudar a otros.</p> | <p>20 min.</p> | <p>Invitación a expertos</p> | <p>Cuaderno de notas Lápices Hojas blancas</p> | <p>Al final de la lista el terapeuta deberá hacer énfasis en la importancia de valorar estas</p> | <p>Participación Rúbrica</p> |

| | | | | | | |
|---|---|----------------|------------------------------|--|---|----------------------------------|
| <p>encaminadas a reconocer lo que ellos hacen por su familia. Si los participantes no pueden escribir por cualquier motivo el terapeuta deberá hacerlo de acuerdo a lo que ellos reporten. En una hoja se escribirá: En las tareas de las casa... (escribir lo que ellos hacen) Para la preparación de alimentos ó poner la mesa , en el cuidado de su paciente, En la convivencia diaria</p> | <p>Voluntariamente se pide como ejemplo a los participantes que deseen compartir con los demás como se sienten al realizar estas tareas, si les aporta alguna satisfacción personal.</p> | | | | <p>actividades que ellos hacen y en el reconocimiento diario de las mismas. Se le puede sugerir (de acuerdo al tipo de religión que se profese) que realice un acto religioso todos los días y ponga como agradecimiento el lograr realizar estas acciones.</p> | |
| <p>Actividad Lo que los otros tienen como tesoro valioso El terapeuta pedirá a los participantes que nombren a tres personas (pueden ser familiares, amigos o conocidos) que sean de su agrado ó que tengan afinidad y a otras tres personas que no lo sean. El terapeuta en un papel hará la</p> | <p>Escuchará con atención las instrucciones de la actividad. Se pedirá la participación voluntaria a los participantes que compartan las fortalezas de las personas que las rodean.</p> | <p>20 min.</p> | <p>Invitación a expertos</p> | <p>Cuaderno de notas Lápices Hojas blancas</p> | <p>Al final el terapeuta reflexionará acerca de las 3 personas que no de tanto agrado diciendo que aunque se tengan diferencias con esas personas siempre tendrán aspectos positivos que son importantes</p> | <p>Participación Rúbrica</p> |

| | | | | | | |
|---|--|----------------|------------------------------|--|---|----------------------------------|
| <p>lista de las personas. Posteriormente le pedirá que nombre para cada persona las fortalezas, capacidades, virtudes, cualidades que cada persona tenga.</p> | | | | | <p>reconocer. Y se discutirá acerca de la facilidad que se tiene de valorar a quienes son de nuestro agrado. Se invitará a reflexionar sobre ello y a incrementar valoraciones positivas de las personas que aparentemente no son de nuestro agrado</p> | |
| <p>Actividad A esta persona yo la admiro mucho...</p> <p>Se les pedirá que recuerden amigos, familiares o personas a las cuales admiran mucho. Deberán expresar porque lo admira? ¿Cuáles son las acciones que esa persona ha tenido con otros? ¿Cómo se relaciona e interactúa?</p> | <p>Escuchará con atención, participará activamente en las actividades.</p> | <p>20 min.</p> | <p>Invitación a expertos</p> | <p>Cuaderno de notas Lápices Hojas blancas</p> | <p>Al final se les preguntará a cada participante ¿porque siente que lo admiran ó la admiran? Tarea: Los participantes durante los 30 días siguientes buscara acercamiento con otros familiar o amigos (personas o</p> | <p>Participación Rúbrica</p> |

| | | | | | | |
|--|--|----------------|------------------------------|--|--|----------------------------------|
| <p>Se trata de que los participantes digan la mayor cantidad de personas y se le pueden recordar los nombre de las que ha tenido dificultad con el objetivo de que sea capaz de reconocerla y valorarla. Así mismo se les motivará para que entre ellos se digan el porqué uno admira al otro.</p> | | | | | <p>telefónicamente) y le dirá porque lo admira y le pedirá que le diga una cualidad –fortaleza que esta persona ve en él.</p> | |
| <p>Actividad Me intereso por otros Se le pedirá a los participantes que simulen ¿Cómo haría? Para demostrarle a un familiar con el que poco tiene contacto sobre su interés por él (ella), la idea es que el terapeuta irá ayudándole (por modelamiento) si a las personas les cuesta trabajo hacerlo. Los participantes harán un repertorio de preguntas y palabras que el terapeuta irá</p> | <p>Escuchará con atención, participará activamente en las actividades.</p> | <p>20 min.</p> | <p>Invitación a expertos</p> | <p>Cuaderno de notas Lápices Hojas blancas</p> | <p>Se trata de ejercitar la habilidad para interesarse por los otros, de hacerlos sentir importantes y de la capacidad para entenderlo. Aquí se pondrán a prueba todas las herramientas aprendidas, para lo cual el terapeuta motivará a hacerlo, recordando lo aprendido.</p> | <p>Participación Rúbrica</p> |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|--|
| <p>escribiendo, que le puedan servir a los participantes para demostrarle a otros que está interesado por esta persona.</p> | | | | | <p>Tarea: Los participantes estarán pendientes uno del otro en el estado de ánimo (triste, aburrido, malgeniado y deberán indagar el ¿Por qué ? Se encuentra así y buscaran un motivador que trate de ayudar al otro</p> | |
| <p>Observaciones del profesor: Estar pendiente del desempeño de los participantes, las intervenciones de éstos no podrán desviar el objetivo final de la sesión por más emotivas que estas sean.</p> | | | | | | |

RÚBRICA MODULO 1 SESIÓN 1
BIENVENIDA Y PRESENTACIÓN

| PUNTAJE | Deficiente 1 | Bueno 3 | Excelente 5 | Evaluación |
|--|---|---|---|-------------------|
| Inicio de la Sesión | La sesión no inicio a la hora señalada. Inició de 6 a 10 minutos tarde. | La sesión inicio 5 minutos después de la hora señalada. | La sesión inicio a la hora señalada. | |
| Bienvenida | No hubo mensaje de bienvenida por parte de los docentes. | El mensaje de bienvenida fue breve. | El mensaje de bienvenida fue claro y conciso por parte de los docentes. | |
| Presentación de los Docentes | No se presentaron los docentes. | Se presentó la mayoría de los docentes. | Cada uno de los docentes se presentó de manera clara. | |
| Presentación de los Participantes | Los docentes no impulsaron la presentación de los participantes. | Falto iniciativa por parte de los docentes para la presentación de los participantes. | Los docentes dirigieron la presentación de los participantes en todo momento. | |
| Dinámica de presentación | La dinámica no cumplió con el objetivo y no fue la adecuada. | Fue la adecuada pero no se realizó en el tiempo establecido. | Se cumplió con el objetivo de la dinámica de presentación y fue en tiempo. | |

RÚBRICA MODULO 1

LA RESILIENCIA

| PUNTAJE | Deficiente 1 | Satisfactorio 2 | Bueno 3 | Excelente 4 | Evaluación |
|------------------------------------|--|---|--|--|-------------------|
| Búsqueda de Información | Información insuficiente e incorrecta. | Información insuficiente, por no conectarse correctamente con su tema. | Información suficiente que se relaciona con el tema. | Abundante información relacionada con el tema que se desarrolla. | |
| Manejo de la Información | No hay una correcta selección de información. | Bajo manejo y clasificación de información. Información que no se conecta claramente con el tema. | Buena clasificación de la información, aunque se necesita ligar alguna información obtenida. | Clasificación del contenido de la información. | |
| Presentación de Power Point | La información en las diapositivas es poco atractivo y a la vez cargadas de información. | Diapositivas escasas y no se conecta adecuadamente con el tema. | Material atractivo aunque no suficiente para brindar la información. | Diapositivas visualmente atractivo, contenido completo. | |
| Habilidad Expositiva | Se concentran a la lectura total del tema sin conocimiento previo de la lectura. | No hay suficiente dominio del tema, recurren a lectura del tema. | Lectura mínima, volumen apropiado, manejo suficiente de información. | Lectura mínima, volumen apropiado, buen manejo de su información con entusiasmo y seguridad. | |
| Producto | No hay producto o es altamente deficiente. | Poco atractivo visualmente y escaso. | Presentación suficiente e interesante. | Buena presentación, interesante y atractivo. | |

RÚBRICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN

| INDICADORES | DESCRIPTORES | | | | |
|---|--|--|--|-----------------------------------|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Interviene en las situaciones de intercambio verbal. | No interviene incluso cuando se le pregunta | Interviene escuetamente cuando se le pregunta. | Interviene con amplitud cuando se le pregunta | Interviene por iniciativa propia. | Destaca por sus aportaciones con iniciativa y bien ajustadas. |
| Utiliza un lenguaje no verbal adecuado (postura, gestos y contacto ocular) | No conecta con la audiencia | Débil. Incapaz de mantener contacto con la audiencia | Se dirige sólo al profesor e ignora al resto de la audiencia | Bien, a pesar de fallas menores | Buena postura. Gestos apropiados cuando se necesitan. Se dirige a toda la audiencia. |
| Controla suficientemente sus nervios para expresarse en público. | Los nervios le impiden expresarse, se bloquea. | Se le notan los nervios, que lo está pasando mal, aunque esto no le impide la expresión. | Se expresa con cierta Tranquilidad | Se expresa con seguridad | Se expresa con naturalidad, con un dominio destacado. |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| <p>Sabe responder a las preguntas que se le formulan.</p> | <p>No sabe responder las preguntas que se le formulan</p> | <p>Contesta las preguntas que se le formulan sin llegar a responderlas</p> | <p>Sabe responder a las preguntas que se le formulan</p> | <p>Sabe responder a las preguntas que se le formulan con acierto.</p> | <p>Responde a las preguntas que se le formulan con soltura y acierto</p> |
| <p>PUNTAJE</p> | | | | | |

SEMINARIO:
“FORTALECIMIENTO DEL NIVEL DE RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ESTADO TERMINAL QUE ACUDEN A CLINICA DEL DOLOR DEL HGZ NO. 1 IMSS, AGUASCALIENTES, AGS”

| | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|----------------------|
| <p>Nombre de los Docentes:</p> | <p>Los docentes del módulo han sido elegidos por las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ser expertos en el área de Psicología, Trabajo social, Cuidados paliativos, Tanatología. -Ser expertos en estrategias y técnicas constructivistas y basadas en competencias -Ser personas con gran dominio de comunicación asertiva, probidad ética y moral y preocupados realmente por sus discentes | | |
| <p>Módulo y Bloque:</p> | <p>MODULO 2. Afectividad</p> <p>SESION 1. Curioseando acerca de mí y mi interacción con el mundo.</p> <p>SESION 2. Descubriendo lo que tengo de afectividad y la interacción con el mundo.</p> <p>SESIÓN 3. Desplegando mis competencias afectivas</p> <p>SESIÓN 4. Los progresos en mí y con la interacción con el mundo.</p> | | |
| <p>Fecha de Inicio:</p> | <p>2014</p> | <p>Término del Bloque:</p> | <p>23 julio 2014</p> |



En este módulo se abordarán temas como ¿Qué es la afectividad?, formación y desarrollo de la afectividad.

SECUENCIA DIDÁCTICA # 2

| | |
|--|--|
| Competencia Meta | Identifica y reconoce las características de la afectividad |
| Competencia de Módulo | <u>Aprende a conocer las características que determinan su autoestima.</u> <u>Reconoce en la autoestima la causa principal de transgresiones sociales, educativas y personales.</u> |
| Tema | <u>Autoestima</u> |
| Propósito de la secuencia didáctica | Que los participantes comprendan el concepto de autoestima reconociendo las causas principales de sus niveles, evaluando la propia y por medio de la teoría de atribución, sepan que la autoestima es modificable por medio de los tres pasos del proceso de atribución: percepción, juicio y atributo. |

| Dimensión Conceptual o Fáctica (Aprender a aprender) | Dimensión Procedimental (Aprender a hacer) | Dimensión Actitudinal (Aprender a ser) |
|--|--|--|
| ¿Qué es la autoestima? Formación y desarrollo de autoestima Niveles de autoestima Teoría de la atribución | Se pretende que los participantes, por medio de diferentes dinámicas logren reconocer (con base científica) el nivel de su autoestima, y apliquen los principios de la teoría de la atribución para modificar las debilidades. | Se pretende que los participantes tengan una actitud de interés sobre los diferentes aspectos que puedan estar causando baja autoestima, tengan la motivación para reconocerlos y corregirlos. |

| | | | |
|---------------------------------|---------------------|---------------|--|
| N° de Sesiones (clases): | 1 sesión de 1 horas | Fecha: | |
|---------------------------------|---------------------|---------------|--|

| | | | |
|---|---|---|-------------------------|
| Metodología de trabajo utilizada | Expositiva, trabajo individual y trabajo en equipo. | | |
| Espacio en el que se desarrolla la actividad | Actividad dentro del aula. | Forma de organización de los estudiantes | Individual y en equipo. |

| DESARROLLO DE LA SECUENCIA DIDÁCTICA | | | | | EVALUACIÓN | |
|--|--|----------|---|--|---|-------------------------------|
| Actividades | | Duración | Recursos didácticos | | Evidencias y criterios de desempeño | Materiales para la evaluación |
| Facilitador | Participante | | Facilitador | Participante | | |
| MODULO II. SESIÓN 1 | | | | | | |
| 8:00 hrs. ¿Qué es la Autoestima?. Por medio de una presentación en <u>PPT</u> se dará a conocer el concepto de autoestima, así como las causas más frecuentes de alteración en ésta. | Escuchará con atención y participación de manera activa con la apertura que el facilitador le infiere puede tener interrumpiendo en cualquier momento y ante cualquier duda. | 30 min | PC USB Cañón Presentación en ppt | Cuaderno de notas Lápices PC Internet Participación y activa reflexiva | Participación Presentación PPT línea del tiempo por equipos Análisis y reflexión de la exposición | Observación Rúbrica |

| | | | | | | |
|---|---|----------------|---|--|--|--|
| <p>8:00 hrs NIVELES DE AUTOESTIMA Por medio de una presentación ppt se presentaran ejemplos de las diferentes niveles de autoestima, alto, medio y bajo; con ejemplos contextualizados de cada uno Se llevará a cabo la dirección de un debate en relación a dichos conceptos, sus interferencias con más importantes con nuestra conducta lo que puede generar crisis por desorganizaciones de personalidad.</p> | <p>Escuchará con atención la presentación previamente preparada por parte del expositor. Participará de manera activa en el debate que se llevará a cabo. Las personas participarán en la lluvia de ideas y dando conclusiones finales.</p> | <p>30 min.</p> | <p>PC USB Cañón Presentación en ppt .</p> | <p>Cuaderno de notas Lápices Hojas blancas</p> | <p>Participación en el debate.</p> | <p>Participación Rúbrica</p> |
| <p>Actividad Haciéndole frente al reconocimiento de lo que eres El terapeuta solicitará a los participantes que nombren una persona con la que tienen dificultades o problemas. Posteriormente el terapeuta dirá que sobre esta persona inventará una historia que solo es producto de su</p> | <p>Escuchará con atención, participará activamente en las actividades.</p> | <p>30 min.</p> | <p>Invitación a expertos</p> | <p>Cuaderno de notas Lápices Hojas blancas</p> | <p>Al finalizar se les dirá por qué no se debe esperar hasta último momento para expresarle a los otros la admiración que sentimos por ellos, sus capacidades, valores y fortalezas. Y que aunque se presenten diferencias las</p> | <p>Actividad Haciéndole frente al reconocimiento de lo que eres El terapeuta solicitará a los participantes que nombren una persona con la que tienen dificultades o problemas. Posteriormente el terapeuta dirá que sobre esta persona inventará una historia que solo es producto de su imaginación y que el</p> |

| | | | | | | |
|---|---|---------------|--|--|---|--|
| <p>imaginación y que el propósito es que conteste las preguntas que se le van haciendo: “me han contado que a esta persona le quedan pocos días y pronto dejará de vivir”, si esto es cierto porque no trata de ayudarlo reconociéndole sus capacidades, fortalezas y valores? Se le pide que las vaya nombrando y el porqué de esta.</p> | | | | | <p>personas todas tienen su valor que es importante reconocerlo. Ahora se le pedirá que entre los participantes se digan las fortalezas y valores que tienen como manera de reconocerse y retroalimentar ya que comparten juntos todo el tiempo. Luego se preguntará acerca de lo que experimentaron y sintieron.</p> | <p>propósito es que conteste las preguntas que se le van haciendo: “me han contado que a esta persona le quedan pocos días y pronto dejará de vivir”, si esto es cierto porque no trata de ayudarlo reconociéndole sus capacidades, fortalezas y valores? Se le pide que las vaya nombrando y el porqué de esta.</p> |
| <p>Actividad No. Conclusiones de las sesiones</p> | <p><i>El terapeuta preguntará al cuidador ¿Cómo se sintió en las sesiones? ¿Qué fue lo más fácil ó difícil? ¿y si lo aprendido le ha ayudado?</i></p> | <p>30 min</p> | | | | <p>Participación Rúbrica</p> |

Observaciones del profesor: Estar pendiente del desempeño de los alumnos, las intervenciones de éstos no podrán desviar el objetivo final de la sesión por más emotivas que estas sean.

RÚBRICA MODULO 2

AUTOESTIMA

| PUNTAJE | Deficiente 1 | Satisfactorio 2 | Bueno 3 | Excelente 4 | Evaluación |
|---------------------------------------|--|---|--|--|-------------------|
| Búsqueda de Información | Información insuficiente e incorrecta. | Información insuficiente, por no conectarse correctamente con su tema. | Información suficiente que se relaciona con el tema. | Abundante información relacionada con el tema que se desarrolla. | |
| Manejo de la Información | No hay una correcta selección de información. | Bajo manejo y clasificación de información. Información que no se conecta claramente con el tema. | Buena clasificación de la información, aunque se necesita ligar alguna información obtenida. | Clasificación del contenido de la información. | |
| Presentación de la información | La información en el mapa mental es poco atractivo y no se entiende. | El mapa mental no se conecta adecuadamente con el tema. | Material atractivo aunque no suficiente para brindar la información. | Mapa mental visualmente atractivo, entendible y con contenido completo. | |
| Habilidad Expositiva | Se concentran a la lectura total del tema sin conocimiento previo de la lectura. | No hay suficiente dominio del tema, recurren a lectura del tema. | Lectura mínima, volumen apropiado, manejo suficiente de información. | Lectura mínima, volumen apropiado, buen manejo de su información con entusiasmo y seguridad. | |
| Producto | No hay producto o es altamente deficiente. | Poco atractivo visualmente y escaso. | Presentación suficiente e interesante. | Buena presentación, interesante y atractivo. | |

RÚBRICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN

| INDICADORES | DESCRIPTORES | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Interviene en las situaciones de intercambio verbal. | No interviene incluso cuando se le pregunta | Interviene escuetamente cuando se le pregunta. | Interviene con amplitud cuando se le pregunta | Interviene por iniciativa propia. | Destaca por sus aportaciones con iniciativa y bien ajustadas. |
| Utiliza un lenguaje no verbal adecuado (postura, gestos y contacto ocular) | No conecta con la audiencia | Débil. Incapaz de mantener contacto con la audiencia | Se dirige sólo al profesor e ignora al resto de la audiencia | Bien, a pesar de fallas menores | Buena postura. Gestos apropiados cuando se necesitan. Se dirige a toda la audiencia. |
| Controla suficientemente sus nervios para expresarse en público. | Los nervios le impiden expresarse, se bloquea. | Se le notan los nervios, que lo está pasando mal, aunque esto no le impide la expresión. | Se expresa con cierta Tranquilidad | Se expresa con seguridad | Se expresa con naturalidad, con un dominio destacado. |
| Sabe responder a las preguntas que se le formulan. | No sabe responder las preguntas que se le formulan | Contesta las preguntas que se le formulan sin llegar a responderlas | Sabe responder a las preguntas que se le formulan | Sabe responder a las preguntas que se le formulan con acierto. | Responde a las preguntas que se le formulan con soltura y acierto |
| PUNTAJE | | | | | |

SEMINARIO:
FORTALECIMIENTO DEL NIVEL DE RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ESTADO TERMINAL QUE ACUDEN A CLINICA DEL DOLOR DEL HGZ NO. 1 IMSS, AGUASCALIENTES, AGS.

| | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------|--|
| Nombre de los Docentes: | Los docentes del módulo han sido elegidos por las siguientes características: -Ser expertos en el área de Psicología, Tanatología, Cuidados Paliativos, Medicina y Educación -Ser expertos en estrategias y técnicas constructivistas y basadas en competencias -Ser personas con gran dominio de comunicación asertiva, probidad ética y moral y preocupadas por la salud mental de las personas. | | |
| Módulo y Bloque: | MODULO III. COMUNICACIÓN ASERTIVA SESION 1.¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN ASERTIVA? SESION 2. ESTRATEGIAS DE FRONTAMIENTO SESION 3. TÉCNICAS PARA SER ASERTIVO | | |
| Fecha de Inicio: | | Término del Bloque: | |

INTRODUCCIÓN.-

La persona que se comunica asertivamente expresa con claridad lo que piensa, siente o necesita, teniendo en cuenta los derechos, sentimientos y valores de sus interlocutores. Para esto, al comunicarse da a conocer y hace valer sus opiniones, derechos, sentimientos y necesidades, respetando las de las demás personas. La comunicación asertiva se fundamenta en el derecho inalienable de todo ser humano a expresarse, a afirmar su ser y a establecer límites en las relaciones sociales. Es muy importante aprender a manejar nuestras emociones para poder comunicarnos asertivamente, aprender a escuchar a nuestro yo interno. Las emociones y sentimientos nos envían señales constantes que no siempre escuchamos. A veces pensamos que no tenemos derecho a sentir miedo, tristeza o ira. Este es un

ejemplo de cómo el mundo afectivo se puede ver distorsionado por prejuicios, temores y racionalizaciones. Comprender mejor lo que sentimos implica tanto escuchar lo que nos pasa por dentro, como atender al contexto en el que nos sucede. Mejorar la estrategia con la que afrontamos las dificultades de la vida diaria nos hará asertivos.

En este módulo se abordarán temas como ¿Qué es la comunicación asertiva? y como ha afectado al ámbito familiar, social, escolar y emocional de las personas. Cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizamos con más frecuencia ante dificultades y como mejorarlas y finalmente un taller para mejorar nuestra asertividad.

SECUENCIA DIDÁCTICA # 3

| | |
|--|--|
| Competencia Meta | Identifica y reconoce los factores de riesgo y las causas que generan el no tener una comunicación asertiva así como mejora su estrategia de afrontamiento. |
| Competencia de Módulo | Reconoce a la asertividad como elemento importante para resolver la problemática social, familiar, educativa y emocional Conoce los factores de riesgo de sus estrategias de afrontamiento y aprende a mejorarlas Aprende técnicas para ser asertivo. |
| Tema | Comunicación asertiva |
| Propósito de la secuencia didáctica | Que los participantes comprendan el concepto de comunicación asertiva reconociendo sus ventajas, los factores de riesgo que existen en sus estrategias de afrontamiento y como mejorarlas, y utilice estrategias adecuadas para mejorar su asertividad. |

| Dimensión Conceptual o Fáctica (Aprender a aprender) | Dimensión Procedimental (Aprender a hacer) | Dimensión Actitudinal (Aprender a ser) |
|---|---|--|
| Concepto comunicación asertiva Como han afectado sus estrategias de afrontamiento a su vida personal, social, emocional, profesional y familiar Técnicas para ser asertivo. | Se pretende que los alumnos, por medio de la presentación de las diferentes sesiones aprenda a identificar los factores de riesgo que conllevan sus estrategias de afrontamiento, las más de las veces inadecuada, y las domine y cambie por actitudes asertivas, conociendo diferentes estrategias para ser asertivo | Se pretende que los alumnos tengan una actitud de interés al conocer los diferentes factores de riesgo para producir problemas ante una mala comunicación y quieran aprender a evitarlo. |

| | | | |
|---|--|---|-------------|
| N° de Sesiones (clases): | 3 sesiones de 1 Hora cada una | Fecha: | Enero 2014 |
| Metodología de trabajo utilizada | Pregunta generadora para conocer los conocimientos que se tiene acerca del tema, y sus expectativas. Debate. Expositiva y trabajo en equipos | | |
| Espacio en el que se desarrolla la actividad | Actividad dentro del aula. | Forma de organización de los estudiantes | En equipos. |

| DESARROLLO DE LA SECUENCIA DIDÁCTICA | | | | | EVALUACIÓN | |
|---|--|----------|--|------------------------------|--|-------------------------------|
| Actividades | | Duración | Recursos didácticos | | Evidencias y criterios de desempeño | Materiales para la evaluación |
| Facilitador | Participante | | Facilitador | Participante | | |
| SESIÓN 1 | | | | | | |
| <p>¿Qué es la comunicación asertiva?, sus características y repercusiones en el ámbito social, personal, familiar, profesional y emocional. Presentación PPT.</p> <p>Se realiza con estrategia expositiva y bajo pregunta generadora una lluvia de ideas sobre cómo la comunicación asertiva puede ser la solución a nuestros problemas de autoestima. Se elaborará una lista en el pintarrón de posibles soluciones dadas por los participantes y se pedirá ordenarlas jerárquicamente por el grupo.</p> | <p>Escuchará con atención y participación de manera activa con la apertura que el facilitador le infiere puede tener interrumpiendo en cualquier momento y ante cualquier duda.</p> <p>Se realizará interacción verbal por parte de los alumnos con el docente y entre ellos, aportando diferentes soluciones a las problemáticas ocasionadas por la falta de comunicación asertiva.</p> | 60 min | PC USB Cañón Presentación en PPT. Pintarrón Plumón para pintarrón | Cuaderno de notas Lápices | Actitud de colaboración. Participación | Participación Rúbrica |
| SESIÓN 2 | | | | | | |
| <p>hrs. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. Por medio de PPT y de forma expositiva se presentarán las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas, haciendo énfasis en las negativas como miedo, tristeza, ira, etc.</p> <p>Se solicitará primero por equipos y posteriormente en forma individual, se apliquen y autoapliquen un cuestionario,</p> | <p>Escuchará con atención y participación de manera activa con la apertura que el facilitador le infiere puede tener interrumpiendo en cualquier momento y ante cualquier duda.</p> <p>En equipos se realizará la encuesta a uno de los participantes para el dominio del manejo de la misma. Posteriormente de forma</p> | 60 min | PC USB Cañón Cuestionarios | Cuaderno de notas Lápices | Trabajo en equipo Trabajo individual Autoaplicación del cuestionario | Participación Rúbrica |

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>en donde se encuentran 20 situaciones muy generales y contextualizadas en su práctica diaria para saber como respondería ante ellas y porqué, y finalmente solicitará a quién guste participar comparta sus experiencias.</p> | <p>individual, cada participante se autoaplicará la encuesta y voluntariamente participarán exponiendo sus resultados.</p> | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

SESIÓN 3

| | | | | | | |
|---|---|----------------|-----------------------------|--|---------------------------|----------------------------------|
| <p>TÉCNICAS PARA MEJORAR LA ASERTIVIDAD. Se darán a conocer las diferentes técnicas y estrategias que requieran de menos elementos para su realización para aprender a escuchar nuestro yo interno, ser reflexivo y pensar en el otro antes de emitir comentarios de forma expositiva. Se trabajará con música ambiental. Se llevarán por escrito las indicaciones de cada una de las estrategias para irse realizando una a una. Muy importante es la motivación en ésta sesión.</p> | <p>Escuchará con atención cuales son las diferentes técnicas y estrategias para mejorar nuestra asertividad. Se colocarán de pie con los ojos cerrados para escuchar las indicaciones grabadas de una a una de las técnicas e irlas realizando paso a paso.</p> | <p>60 min.</p> | <p>PC Cañón USB</p> | <p>Cuaderno de notas Lápices Ropa cómoda</p> | <p>Trabajo individual</p> | <p>Participación Rúbrica</p> |
|---|---|----------------|-----------------------------|--|---------------------------|----------------------------------|

Observaciones del profesor: Estar pendiente del desempeño de los alumnos, las intervenciones de éstos no podrán desviar el objetivo final de la sesión por más emotivas que estas sean.

RÚBRICA MODULO 3

COMUNICACIÓN ASERTIVA

| PUNTAJE | Deficiente 1 | Satisfactorio 2 | Bueno 3 | Excelente 4 | Evaluación |
|------------------------------------|--|---|--|--|------------|
| Búsqueda de Información | Información insuficiente e incorrecta. | Información insuficiente, por no conectarse correctamente con su tema. | Información suficiente que se relaciona con el tema. | Abundante información relacionada con el tema que se desarrolla. | |
| Manejo de la Información | No hay una correcta selección de información. | Bajo manejo y clasificación de información. Información que no se conecta claramente con el tema. | Buena clasificación de la información, aunque se necesita ligar alguna información obtenida. | Clasificación del contenido de la información. | |
| Presentación de Power Point | La información en las diapositivas es poco atractivo y a la vez cargadas de información. | Diapositivas escasas y no se conecta adecuadamente con el tema. | Material atractivo aunque no suficiente para brindar la información. | Diapositivas visualmente atractivo, contenido completo. | |
| Habilidad Expositiva | Se concentran a la lectura total del tema sin conocimiento | No hay suficiente dominio del tema, recurren a lectura del tema. | Lectura mínima, volumen apropiado, manejo suficiente de información. | Lectura mínima, volumen apropiado, buen manejo de su información con entusiasmo y seguridad. | |

| | | | | | |
|--------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|--|
| | previo de la lectura. | | | | |
| Organización de equipos | No se apoyó a los participantes para la formación de equipos. Mala organización. | Apoyo nulo y poca organización. | Buena organización pero no existe retroalimentación. | Organización adecuada para formular equipos y retroalimentación constante. | |
| Producto | No hay producto o es altamente deficiente. | Poco atractivo visualmente y escaso. | Presentación suficiente e interesante. | Buena presentación, interesante y atractivo. | |

RÚBRICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN

| INDICADORES | DESCRPTORES | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Interviene en las situaciones de intercambio verbal. | No interviene incluso cuando se le pregunta | Interviene escuetamente cuando se le pregunta. | Interviene con amplitud cuando se le pregunta | Interviene por iniciativa propia. | Destaca por sus aportaciones con iniciativa y bien ajustadas. |
| Utiliza un lenguaje no verbal adecuado (postura, gestos y contacto ocular) | No conecta con la audiencia | Débil. Incapaz de mantener contacto con la audiencia | Se dirige sólo al profesor e ignora al resto de la audiencia | Bien, a pesar de fallas menores | Buena postura. Gestos apropiados cuando se necesitan. Se dirige a toda la audiencia. |
| Controla suficientemente sus nervios para expresarse en público. | Los nervios le impiden expresarse, se bloquea. | Se le notan los nervios, que lo está pasando mal, aunque esto no le impide la expresión. | Se expresa con cierta Tranquilidad | Se expresa con seguridad | Se expresa con naturalidad, con un dominio destacado. |
| Sabe responder a las preguntas que se le formulan. | No sabe responder las preguntas que se le formulan | Contesta las preguntas que se le formulan sin llegar a responderlas | Sabe responder a las preguntas que se le formulan | Sabe responder a las preguntas que se le formulan con acierto. | Responde a las preguntas que se le formulan con soltura y acierto |
| PUNTAJE | | | | | |

