

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Humanidades

Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**Entrenamiento de habilidades sociales por medio del modelo Cognitivo
Conductual en el equipo de cuidadores del Hogar Margarita Cruz Ruiz para
mujeres de la tercera edad**

(Artículo Científico)

Ana Cecilia Negreros García Salas

Guatemala, febrero 2019

**Entrenamiento de habilidades sociales por medio del modelo Cognitivo
Conductual en el equipo de cuidadores del Hogar Margarita Cruz Ruiz para
mujeres de la tercera edad**

(Artículo Científico)

Ana Cecilia Negreros García Salas

Licda. Vilma Eugenia Solórzano de García (Asesora)

M.A. Eymi Castro de Marroquín (Revisora)

Guatemala, febrero de 2019

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera Bosque

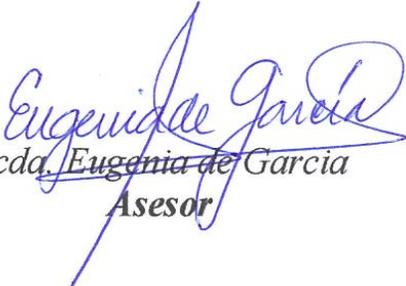
Autoridades Facultad Humanidades

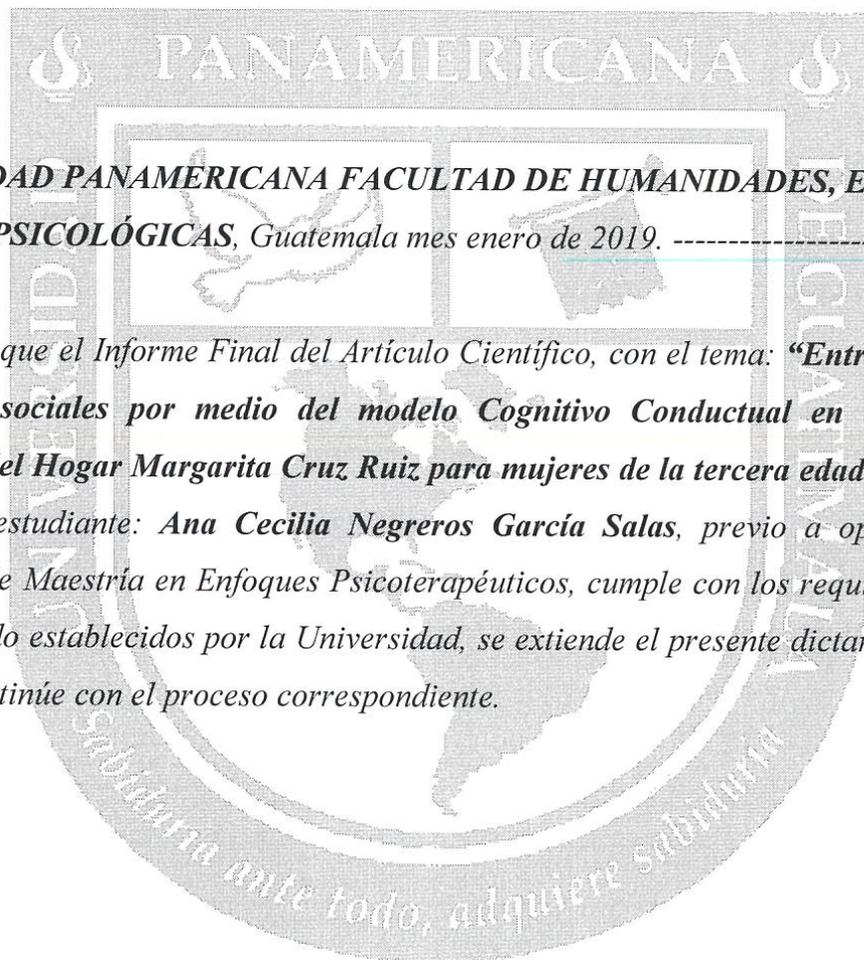
Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala Octubre 2018.-----

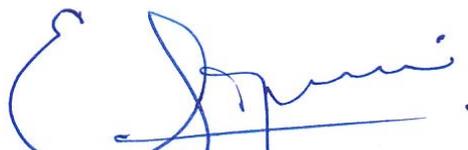
En virtud de que el informe final de Artículo Científico con el tema: **Entrenamiento de habilidades sociales por medio del modelo Cognitivo Conductual en el equipo de cuidadores del Hogar Margarita Cruz Ruiz para mujeres de la tercera edad**. Presentada por el (la) estudiante: **Ana Cecilia Negreros García Salas**, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Lcda. Eugenia de García
Asesor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes enero de 2019. -----

En virtud de que el Informe Final del Artículo Científico, con el tema: “Entrenamiento de habilidades sociales por medio del modelo Cognitivo Conductual en el equipo de cuidadores del Hogar Margarita Cruz Ruiz para mujeres de la tercera edad”. Presentada por el (la) estudiante: Ana Cecilia Negreros García Salas, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



M.A. Eymi Castro de Marroquín
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de febrero del 2019. -----

*En virtud de que el Informe Final de Artículo Científico con el tema **"Entrenamiento de habilidades sociales por medio del modelo Cognitivo Conductual en el equipo de cuidadores del Hogar Margarita Cruz Ruiz para mujeres de la tercera edad"**, presentado por el (la) estudiante **Ana Cecilia Negreros García Salas**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Maestría en **Enfoques Psicoterapéuticos**, **para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.***



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



Contenido

Introducción	i
Resumen	iii
La familia ante el adulto de la tercera edad	
1.1 La familia	1
1.2 Propiedades de la familia	3
1.3 Ciclo vital de la familia	4
1.4 Personas de la tercera edad	6
1.4.1 Síndromes geriátricos	7
1.5 Opciones de estilos de vida para personas de tercera edad	8
1.6 Elección de un hogar para ancianos y el impacto en la familia	13
1.6.1 El duelo ante la integración del adulto mayor a un hogar	16
Centros de cuidado para personas de la tercera edad	
2.1 Hogar Margarita Cruz Ruíz	19
2.2 Organización del Hogar	20
2.2.1 Perfil del cuidador	22
2.2.2 Tareas de los cuidadores	26
2.3 Estrés	28
2.4 Estrés del cuidador	31
2.4.1 Síndrome de sobre carga	33
2.4.2 Síndrome del cuidador quemado o Burnout	33
Modelo Cognitivo Conductual	
3.1 Definición del modelo	36
3.2 Características del modelo cognitivo conductual	38
3.3 Fundamentos teóricos de la terapia cognitivo conductual	39
3.4 Técnicas del modelo cognitivo conductual	41
3.4.1 Técnicas operantes	42
3.4.1.1 Técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de conductas	43

3.4.1.2	Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas	45
3.4.1.3	Técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas	46
3.4.2	Técnicas de exposición	47
Entrenamiento en habilidades sociales		
4.1	Fundamentos teóricos del entrenamiento en habilidades sociales	49
4.2	Definición del entrenamiento en habilidades sociales	51
4.3	Tipos de habilidades sociales	53
4.4	Técnicas del entrenamiento en habilidades sociales	55
4.5	Proceso de entrenamiento en habilidades sociales	56
4.6	Método de intervención en el entrenamiento en habilidades sociales	58
4.7	Componentes básicos del entrenamiento en habilidades sociales	60
4.8	Aplicación del entrenamiento en habilidades sociales con el equipo de cuidadoras en el Hogar Margarita Cruz Ruíz	63
Conclusiones		73
Referencias		74
Lista de Gráficas		
Gráfica No. 1	Resultados de encuesta	71
Lista de Cuadros		
Cuadro No. 1	Organigrama Hogar Margarita Cruz Ruíz	21
Cuadro No. 2	Principios básicos del condicionamiento operante	44
Cuadro No. 3	Planificación del entrenamiento en habilidades sociales en el Hogar Margarita Cruz Ruíz	63
Cuadro No. 4	Objetivos, técnicas y recursos utilizados en el entrenamiento en Habilidades sociales	65
Cuadro No. 5	Resultados de encuesta	70

Introducción

En Guatemala ha ido aumentando cada año, la necesidad de las familias de ingresar a alguien de su círculo familiar que pertenezca a la tercera edad a algún centro de cuidado especial, debido a varias razones que le impiden el cuidado del anciano en casa, por ejemplo: falta de tiempo, enfermedad de cuidados especiales, falta de recursos o conocimientos, entre otros. Los hogares para ancianos en Guatemala, cuentan con equipos dedicados al cuidado del adulto mayor en las áreas de higiene, salud, alimentación, recreación, terapias, entretenimiento, y muchas veces, estos equipos no tienen el entrenamiento especial para llevar a cabo estas tareas. Han adquirido experiencia a través del trabajo diario y esto va generando cierto tipo de estrés o malestar en el cuidador, lo cual puede reflejarse en el trato a la persona que cuidan.

Existen universidades que brindan educación en enfermería, gerontología y cuidados a la salud, ya que se ha dado la necesidad de brindar especialización a las personas que se dedicarán a cuidar al adulto mayor, debido a que las familias entregan a su familiar confiando en que recibirán la mejor atención en todas las áreas.

Dentro de la educación que reciben las personas a cargo del cuidado del adulto mayor en los hogares especiales, está el entrenamiento para resolver conflictos, el seguimiento de instrucciones, el manejo de relaciones interpersonales, para que puedan manejar el estrés del trabajo diario con tanta responsabilidad, así como el desgaste psicológico y emocional, cansancio físico y mental.

Cada experiencia será única y diferente, pero deben darse todas las herramientas para que la persona pueda lidiar con cada tarea de la mejor manera y evitar problemas con quienes se relaciona fuera del hogar, debido a que como persona atravesará diferentes procesos con emociones y de toma de decisiones, lo cual variará de diferentes factores y del tiempo que requiera para resolver cada uno.

El modelo utilizado para el trabajo en el Hogar Margarita Cruz Ruiz, fue el Modelo Cognitivo Conductual, que le permite a la persona, conocer los procesos que atraviesa y las soluciones que le permitan resolver conflictos de manera práctica y dinámica, orientándose en el presente que se está viviendo, buscando cambiar formas de pensar y conductas que le permitan adaptarse de mejor manera a su entorno y situaciones.

Este modelo permite el entrenamiento en habilidades sociales, para integrar el tratamiento cognitivo conductual para aplicar técnicas que mejoren la calidad de las relaciones interpersonales, y reponer a la persona del aislamiento, déficit en habilidades sociales, depresión, ansiedad social, problemas con la pareja o dificultades en relaciones íntimas. Este modelo permite un procedimiento de intervención de maneras amplia que recae en el desarrollo de las áreas de la persona.

Resumen

En la familia se desarrollan las dimensiones del ser humano: biológica, psicológica, social, económica, emocional, entre otras; así construye su forma y situación actual. Es aquí donde la persona vive sus diferentes etapas: enamoramiento, matrimonio, nacimientos, crecimiento de hijos, la vejez y jubilación, retiro y muertes. El envejecer es un proceso natural que llega junto con cambios fisiológicos diferentes a los que se han estado viviendo, la persona será más frágil en las áreas mental y física, así la familia se adaptará a nuevos cambios y tomará difíciles decisiones: quién le cuidará, cómo le cuidarán, cuánto tiempo, entre otras. Actualmente en Guatemala existen varias residencias que se dedican al cuidado de las personas de la tercera edad; dan atención especializada que satisface las necesidades de cada adulto mayor que ingresa y permiten bajar la presión a la familia, ofreciendo calidad de vida al anciano.

El Hogar Margarita Cruz Ruiz brinda un espacio para vivir con respeto, cariño y comprensión; se recibe atención y asistencia para las diferentes actividades con apoyo moral y espiritual, en un ambiente sano y familiar, para mantener una alta calidad de vida, permitiendo un ambiente íntegro en pro del desarrollo de sus facultades de autonomía, sintiéndose amada y valorada. Presta los servicios de alimentación, salud, recreación, seguridad, compañía y afecto.

Debido al trabajo diario, las cuidadoras y enfermeras obtienen a cambio estrés, cansancio físico y emocional, aislamiento social. Por esto la importancia del entrenamiento en diferentes habilidades sociales, que les permita manejar con varias herramientas estas situaciones. Ya que todas las personas atraviesan procesos en donde se dan emociones, sentimientos, y toma de decisiones, es preciso dar atención a cada proceso para lograr darle importancia al individuo y que se permita afrontar amenazas y conflictos de maneras positivas.

Se trabajará con el Modelo Cognitivo Conductual dirigido para una mejor comprensión de los procesos, búsqueda de las mejores soluciones; es un modelo práctico y dinámico, orientado al presente y dirigido a cambiar la forma de pensar y buscar conductas que le permitan una positiva adaptación a las situaciones y entorno. Se basa en la psicología del aprendizaje, con

procedimientos que surgen de la experiencia clínica. Se busca el cambio conductual, cognitivo y emocional, modificar o eliminar conductas desadaptadas y enseñar las adaptadas al no producirse; también puede dirigirse hacia modificar procesos cognitivos que serían la base del comportamiento.

La familia ante el adulto de la tercera edad

1.1 Familia

La mayoría de las personas han tenido la experiencia de pertenecer a una familia, y esto les da la oportunidad de darse a conocer frente a otros individuos y sus vivencias y compartir acerca de otros sistemas familiares, así como cualquier otra realidad de la vida. De acuerdo con Millán & Serrano (2002), refieren que el constructivismo, el conocimiento humano es fabricado por el individuo dentro del contexto familiar y sociocultural, así será el de la construcción de familia. Detrás de todo, existe un proceso provechoso social de la realidad cultural, que afecta los procesos de desarrollo de los humanos, así como la construcción social de las relaciones entre sexo y las diferentes generaciones.

La familia es una realidad social que representa las dimensiones biológica, psicológica, social, económica, entre otras, haciéndola compleja y que permite su construcción a través de diversas representaciones, dando como resultado una variedad de formas y situaciones. Actualmente a la familia se le da una gran importancia por la relaciones de parentesco que se forman dentro de ella, todos son parte de la familia si nacieron de ella, se crea la noción de comunidad.

El surgimiento de la familia guatemalteca en el siglo XVI, con la conquista y colonia, se originó por hombres originarios de España y que provenían de familias pobres, al establecerse en América se vieron obligados a relacionarse con mujeres aborígenes de la región. Así nacieron criollos, hijos de españoles en América, mestizos, hijos de españoles con indígenas. Fue hasta el siglo XIX que España determinó así la composición de la étnica. A pesar de la independencia, esta estructura social no cambió.

El hogar, se define como el lugar o domicilio que utiliza una persona para desenvolverse como individuo y su vida íntima. La familia se basa de acuerdo a las relaciones que se construyen dentro del propio hogar y se establecen vínculos personales por afinidad de sentimientos, intereses, afecto y respeto; como resultado a la unión de dichas relaciones se alcanzó a establecer leyes y se constituyó el matrimonio.

Según Quevedo (2006), la familia es un conjunto de personas bajo el mismo techo en convivencia, una misma dirección, teniendo la casa como punto de reunión para actividades y vivir; se le relaciona con vínculos sanguíneos, y de ahí se da un concepto general: la familia es la rúbrica de unión de individuos con la misma sangre. En otras palabras la familia es un conjunto de individuos ligados entre sí de manera colectiva, recíproca e indivisiblemente, por parentescos o afinidad, constituyendo así el todo unitario incluyendo a difuntos o por nacer; estirpe, descendencia, continuación de la sangre, y aún en otro sentido, quienes adquieren el vínculo legal a través de la adopción, sería una familia civil.

En base a la experiencia clínica se enumeran diferentes tipos de familia que predominan en Guatemala

- Familia extensa: siguen la línea de descendencia, se incluyen personas de todas las generaciones.
- Familia nuclear o conyugal: esposo, esposa e hijos no adultos.
- Familia monoparental: Es la familia en donde los hijos son criados por un solo progenitor puede ser la madre o el padre.
- Familia unipersonal: está formada por una sola persona, frecuentemente jóvenes solteros, adultos separados o divorciados y ancianos viudos.
- Familias reconstituidas: está familia organizada luego de una separación, divorcio, muerte de uno de los cónyuges; esta categoría de familias reestablecidas en cohabitación, a lo que se refiere que se unen sin cumplir ningún vínculo legal.
- Familia de abuelos solos: Esta familia está formada por niños en edad escolar quienes sus cuidadores son sus abuelos porque sus padres han fallecido o están incapacitados para vivir con ellos.

- Familia sustituta: Es aquella familia que no siendo la familia biológica de origen recibe por decisión judicial a un niño o niña o adolescente privado permanentemente o temporalmente de su entorno familiar porque carece de familia o para evitar cualquier abuso.

1.2 Propiedades de la familia

La familia es una comunidad vital de soporte y comprensión; es en la familia en donde se busca el bienestar y enriquecer las relaciones del individuo. Es un sistema en donde cualquier factor que modifique dicho sistema va a cambiar el contexto y a sus miembros.

Eguiluz (2003) menciona las siguientes propiedades que definen a una familia. En las familias se logra observar que existen ciertas propiedades que se detallan a continuación

- Totalidad: se refiere al comportamiento de todo el sistema familiar lo cual no puede ser explicado como la suma de conducta de sus miembros.
- Causalidad circular: las relaciones entre los miembros del sistema se presentan en forma repetida y recíproca, de modo que pueden ser observadas como pautas de interacción.
- Equifinalidad: un sistema puede alcanzar el mismo resultado final partiendo de condiciones iniciales diferentes.
- Jerarquías: todo sistema se establece con base en la organización de las diferencias entre los individuos, de modo que unos ocupen el lugar jerárquico más elevado, mientras los otros se distribuyen alrededor o debajo, ocupando distintos lugares. La jerarquía implica poder, relacionado con la edad, conocimiento, género, riqueza, etc.
- Triangulaciones: refiere a las relaciones duraderas formadas entre algunos miembros del sistema, en las cuales dos personas de diferentes subsistemas se unen contra otra del sistema. Estas triangulaciones ocasionan conflictos entre los miembros.
- Alianzas: son relaciones parecidas a las triangulaciones pero menos duraderas, en general producen beneficios al sistema.

- Centralidad: Se observa cuando un miembro ocupa un espacio emocional mucho mayor que los otros integrantes del sistema. Una persona puede acaparar la atención de todos los demás por esta enferma, desarrollar un comportamiento atípico o disfuncional pero también por tener la función de unir a los integrantes del sistema.
- Reglas de relación: formas de interacción constantes generan reglas de comportamiento que dan una estructura más estable al sistema". (p. 6)

1.3 Ciclo vital de la familia

La familia se mantiene viva y evolucionando, los hechos de transformación cíclica son: noviazgo, matrimonio, crianza de hijos, partida de éstos y la muerte de algún miembro. En estas etapas se dan cambios que ajustan las reglas de relación del sistema, así que pasar de una fase a otra se da con inestabilidad y período de crisis; dichas crisis logran ser entendidas como oportunidad de cambios, porque contribuyen a cambios y transformaciones más funcionales dentro del entorno y aporta desarrollo en los miembros de la familia.

Eguiluz (2003) menciona, que las etapas vitales del ciclo no se dan rígidas ni ligadas a edad de la pareja, pero se pueden notar que si son jóvenes al iniciar el ciclo, sus padres y abuelos serán enfrentados a otras etapas de dicho ciclo.

Dada dicha razón es conveniente ver a la pareja junto con el sistema de padres y abuelos a lo cual se alcanza a observar que los hijos en las edades comprendidas entre 20 y 25 años experimentan el proceso de enamoramiento y formación de pareja, los padres de entre 45 a 55 años viven la etapa de separación o nido vacío, los abuelos si viven aún, se localizan en la última etapa del ciclo de los adultos mayores, posiblemente jubilados y comprendidos en las edades comprendidas entre 65 y 75 años. Cada uno de estos subgrupos deberá enfrentar crisis distintas según la fase donde se encuentre.

Eguiluz (2003) asegura, que existen las siguientes etapas del ciclo de la familia

- Enamoramiento y noviazgo: dos individuos de diferentes grupos sociales, se separan de sus grupos originales para crear un nuevo sistema. Este momento es tan fuerte que permite dividir lo unido para unir lo dividido y crear un nuevo ente social: pareja amante-amado.
- Matrimonio: la pareja formaliza a través de un contrato matrimonial, utilizando a un ministro de iglesia, juez de paz o ambos de testigo; algunos se unen solo con acuerdo de voluntad, y esta unión se hace formal y duradera.
- Nacimiento de hijos: la llegada del primer hijo es una influencia fuerte en la relación de la pareja pues ambos deberán aprender sus nuevos roles de padre y madre. Tratarán de poner en práctica los aprendizajes de sus familias originales.
- Hijos adolescentes y adultos: al ingresar al colegio los hijos, deberán aprender el negocio entre sistema escolar y familia, pues se imponen nuevas reglas. La familia poco a poco se estabilizará y llegará a la monotonía a través de los comportamientos rutinarios y el cumplimiento de responsabilidades de cada uno, esto podrá darse de manera armoniosa. Conforme crecen y se vuelven entes autónomos, entrarán en contradicción a las reglas y valores de la jerarquía establecida en el sistema de la familia. Se puede dar la situación de que un abuelo envejece y requiera de cuidados especiales; con esto se darán cambios dentro del sistema, resentimiento de la pareja y los hijos, a pesar de estar en etapa de desprendimiento e independencia del hogar.
- Vejez y jubilación: cuando los hijos se independizan y abandonan el hogar, los padres vuelven a la etapa inicial del ciclo. Deberán retomar su relación como esposos. Enfrentarán la jubilación, retiro de trabajo, cambios rutinarios, horarios, actividades y modificación de la conducta, llegando a una etapa de nueva crisis.

1.4 Personas de la tercera edad

El proceso de envejecer, es una etapa natural que es acompañada de cambios fisiológicos de origen distinto, a lo cual el cuerpo se va volviendo más frágil física y mentalmente, el sistema inmunológico se vuelve más vulnerable dando oportunidad a que las enfermedades lleguen con más facilidad a esta población. El concepto de adulto mayor es una persona que se ubica en la etapa última de la vida, la que sigue después de la adultez y está antes del fallecimiento del individuo.

En esta fase la persona experimenta deterioro en las facultades cognitivas y su cuerpo se deteriora, generalmente se considera a una persona como adulto mayor cuando comprende entre las edades que superan los 70 años de edad.

Toscan (2016) indica que

“La población mundial envejece a pasos acelerados. Entre el 2,000 y 2,050 la proporción de los habitantes del planeta, los adultos mayores de 60 años se duplicará, este grupo pasará de 605 millones a 2,000 millones en el transcurso del medio siglo. La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado; si bien la tendencia a que en estos años las personas vivan más, el envejecimiento poblacional, pero si esos años adicionales están dominados por el declive de la capacidad física y mental, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son más negativas”. (p.6)

Como seres humanos, las personas de la tercera edad se enfrentan a diversas limitantes, enfermedades biológicas, neurológicas, sociales como aislamiento social, falta de oportunidades de trabajo, dificultad para actividades físicas, discriminación por parte de los miembros de la familia, entre otras. La relación estable de la pareja, será un factor incidente en las posibilidades de independencia y fortalecimiento intergeneracional de los adultos mayores. El perder a la pareja hace a la persona dependiente de otros miembros de la familia y aumenta la tensión personal, haciendo difícil las interacciones diarias.

En Guatemala 33% de la población de 60 años y más de 75 son viudos, es más común entre mujeres, un cuarto y un tercio de las mayores de 75 años y más viven con sus parejas. Esto indica que es mayor la esperanza de vida de las mujeres y el patrón cultural androcéntrico y facilita las probabilidades de los hombres para reunirse a otra pareja en la viudez.

Al llegar a la edad adulta, es seguro que la persona sufrirá cambios internos y externos, redundando en el deterioro de salud, siendo vulnerables a enfermedades. En Guatemala se ha aumentado el esfuerzo por cubrir más áreas de salud, sin lograrlo en toda la población, no hay especialistas geriátricos, sino que son atendidos por médicos generales. Los adultos mayores sufren constantes cambios emocionales por las fases que se dan al llegar a los 60 años.

En nuestro país, las personas mayores sufren una serie de problemas de salud y en algunas áreas vulnerables se dan condiciones socioeconómicas que exponen a las personas a sufrir problemas sociales como discriminación y exclusión social. Algunos adultos mayores viven en extrema pobreza sin apoyo familiar, subsisten en precariedad, siendo víctimas de los que les rodean, aprovechándose de esta vulnerabilidad. Según la información del INE (Instituto Nacional de Estadística), los adultos mayores entre 60 y 69 años, representan el 50% de la población total, siendo aún población activa. Desglosada la información, las mujeres adultas mayores son 359,365 lo que equivale al 50.34% y los hombres adultos mayores hacen un total de 354,415 equivalente al 49.65 %.

Según la encuesta de ingresos y gastos familiares, del Instituto Nacional de Estadística –INE-, el 65% de las personas mayores de 60 años viven en pobreza y el 36% en extrema pobreza, los porcentajes anteriores incluyen tanto indígenas como de otras etnias.

1.4.1. Síndromes geriátricos

Envejecimiento: consecuencia de acumular gran variedad de daños moleculares y cerebrales a lo largo del tiempo, lleva a descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, aumento de riesgo de enfermedad y, finalmente la muerte.

También se da el surgimiento de varios estados de salud, comunes en este grupo, tales como la audición, cataratas, errores de refracción, dolores de espalda, cuello, hipertensión arterial, diabetes, depresión, demencia, entre otros. Al envejecer, aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.

Síndromes geriátricos más comunes

- Incontinencia urinaria
- Caídas
- Inmovilidad
- Deterioro mental
- Úlceras por depresión
- Depresión
- Privación sensorial
- Insomnio
- Estreñimiento
- Deshidratación
- Desnutrición
- Aislamiento social

Una posible causa, podría provocar varios síndromes geriátricos, y varias causas pueden provocar uno o varios síndromes, se deben conocer para estar atentos a su aparición, y así tratarlos de manera adecuada, logrando la rehabilitación y logrando una calidad de vida óptima.

1.5 Opciones de estilos de vida para personas de tercera edad en Guatemala

La etapa de la vejez es una etapa considerada como una fase de crisis vital, que supone una oportunidad, muchos adultos mayores se jubilan y pasan a transformar su rutina de trabajo en tiempo de ocio con amigos, familiares y se logra transformar en etapa productiva y gratificante;

siempre y cuando se cuenten con personas allegadas, entusiasmo y actitud sumado a actividades placenteras. Sin embargo existe personas de la tercera edad que se enfrentan a situaciones problemáticas como lo son la jubilación, la viudez o la pérdida de amigos de su generación lo que puede llegar a ser un detonante para un acelerado deterioro.

Se vuelve crítica la etapa de la vejez cuando los padres ya no logran cuidar de sí mismos y automáticamente pasan a ser dependientes de sus hijos; tanto para padres como la familia de los hijos implica una transformación para ambos porque el adulto mayor pierde su independencia física, costumbres, ambiente, y debe adaptarse a las nuevas rutinas, tiempos, y formas de hacer las cosas de los demás. El hijo adulto toma la responsabilidad de ser cuidador principal al mismo tiempo que debe seguir siendo hijo; las familias se encuentran con grandes dificultades y obstáculos al ocuparse de un anciano que ya no puede vivir solo. Para atender esta necesidad la familia intenta encontrar soluciones y alternativas ya sea ocupándose personalmente del adulto mayor o buscando asistencia de personal auxiliar según sea los medios económicos de la familia.

La hace más dolorosa y difícil es cuando por distintas situaciones y razones, la familia propone la posibilidad de buscar un hogar para el cuidado del adulto mayor, esta propuesta afecta de manera intensa a todos los miembros generando sentimientos de culpa, tristeza y tensión en el núcleo familiar. En algunas ocasiones cuando se toma la decisión de ingresar al adulto mayor en una residencia es porque el cuidador principal ha llegado a la situación de cansancio extremo.

En Guatemala han existido varias residencias que cuidan de las personas de la tercera edad, brindando una atención adecuada para lograr satisfacer necesidades y expectativas. Ha aumentado la demanda de este servicio aunque aún se niegan las personas a dejarles en hogares o residencias especiales. Los hogares se adaptan en casas grandes, se acomodan a las necesidades de las demandas y normas de salud pública. En algunos centros no son aceptados ancianos con enfermedades específicas como el Alzheimer, SIDA o alguna enfermedad contagiosa o crónica.

En algunos centros hay habitaciones compartidas, y según la capacidad de pago de los ancianos se les da habitación privada. Hay un promedio de 10 a 25 huéspedes por hogar, dándoles

alimentación en base a dieta supervisada por nutricionistas, asistencia psicológica, fisioterapias y rehabilitación, visitas de personas que realizan obra social y entregan apoyo espiritual. El objetivo principal es mantener el bienestar físico, mental y espiritual de los huéspedes.

Así como se indica anteriormente, la demanda de este servicio ha ido en aumento, ya que las expectativas de vida son mayores. En nuestro país se da mayor aceptación por el cuidado de los adultos mayores en casa, pero se debe tomar en cuenta que no todas las familias se encuentran en la capacidad de pagar para el mantenimiento de un anciano en casa, por lo que se debería buscar más apoyo del Estado para cubrir las necesidades de mejor calidad de vida de estas personas. Según la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH), en Guatemala existen 68 asilos, 26 de ellos privados, 41 que funcionan por donaciones y sólo uno es estatal.

La decisión de ingresar a un hogar especial es aceptada cuando la familia es incapaz de cuidar del anciano, con mayor razón si está enfermo. La problemática aumenta cuando se da el olvido de la persona en el asilo y no hay visitas. De acuerdo con la PDH, la mayoría de los ancianos que vive en asilos ha sido víctima de maltrato físico, psicológico y económico, pues sus familiares les quitan sus pensiones o venden sus pertenencias. Una encuesta efectuada en 2004 por la defensoría a su cargo, da cuenta que el 44 por ciento de los adultos mayores a nivel nacional, ha recibido algún tipo de agresión. Los asilos para ancianos también tienen una cara amable. Son otra opción donde los adultos mayores pueden recibir una ayuda personalizada, recreación, compartir con otras personas experiencias acorde con su avanzada edad.

Dado nuestro sistema de salud pública y sus limitantes, es importante que el enfoque de derechos en la atención incluyente de los adultos mayores, no afecte la necesidad de afecto, se debe enfatizar en la atención ambulatoria de dolencias en la tercera edad complementando con servicios hospitalarios de día para no llegar a hospitalización o llevar a instituciones de enfermedades crónicas.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, atenderá las necesidades de salud de la población mediante programas,

planes, estrategias y acciones de promoción, prevención, recuperación, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante la prestación de servicios integrados, respetando, cuando clínicamente sea procedente, las prácticas de medicina tradicional e indígena. Las residencias para persona mayores son consideradas en Guatemala como lugares donde los adultos de la tercera edad son abandonados y maltratados, algunas veces se escucha noticias negativas que contribuyen a tener una idea falsa e injusta del trato y cuidados que ofrecen dichos centros geriátricos; es por eso que en la actualidad es complicado tomar la decisión llevar a vivir a un familiar a uno de estos hogares por la creencia de traición e ingratitud hacia el dependiente.

Una familia decide internar al adulto mayor en una residencia, cuando se dan cuenta de lo siguiente:

- Como cuidadores principales no son capaces de cubrir todas las necesidades básicas.
- El cansancio y estrés ha llegado al punto de ser extenuante.
- Conductas inadecuadas y necias del anciano que no pueden manejar.
- No logran atender al adulto mayor en turnos de 24 horas.
- Mal humor constante de la persona dependiente.
- Enfrenamiento constante entre los miembros de la familia por la toma de decisiones.
- Poca a nula socialización del adulto mayor.
- Depresión y desesperanza del anciano, lo cual contagia a los miembros y se vuelve un ambiente hostil.

Sin embargo lleva tiempo el decidir ingresar a la persona o no en un hogar, porque a pesar de ser doloroso y tener la sensación de abandono, el adulto mayor necesita cuidados cada vez más precisos y específicos las 24 horas del día. Luego de atravesar un proceso de separación puede llegar a proporcionarles a los familiares satisfacción y bienestar por haber tomado la decisión correcta al ver a su familiar convivir con sus iguales, retomando independencia y algunas actividades en donde logre desenvolverse por el mismo, teniendo a la mano la asistencia médica y los cuidados necesarios.

Cuando la familia decide ingresar al adulto mayor en una residencia atraviesa un proceso de duelo y al mismo tiempo, se manifiestan sentimientos de tranquilidad de saber que estará mejor cuidado, la familia tendrá momentos de descanso regulares, habrá más momentos de recreación y el dependiente a su vez tendrá cubierta las necesidades más inmediatas a lo que los familiares en muchas ocasiones no lograron cubrir; así mismo surge lo opuesto y se mezclan con determinadas emociones que se definen a continuación:

- Culpa: creer que se ha tomado la decisión de llevarlo a una residencia y que ha abandonado a su familiar, la familia suele sentirse avergonzado ante el qué dirán y surgen remordimientos, ansiedad y temor.
- Ira: reacción agresiva por sentir que se ha actuado de manera vil y cruel en dejarlo en un lugar que desconoce el dependiente y que puede sentirse solo e indefenso.
- Tristeza: desilusión por la impotencia de verse que no se ha podido hacerse cargo del adulto mayor, esto provoca malestar de fracaso y puede llegar hasta la pérdida de confianza del lugar y de las personas que estarán a cargo del adulto mayor.
- Soledad: sentimientos de tristeza y melancolía surgen en la familia por la ausencia del adulto mayor y el caos que genera el organizarse nuevamente hacia un nuevo trayecto.
- inseguridad de que si la decisión tomada es la correcta o no y que si su familiar será atendido de una mejor manera.
- Duelo: según Moody & Arcangel (2002), el duelo es un pesar, una pena como reacción instintiva por haber sufrido una pérdida, es un proceso que trae sentimientos; esta pena es nueva y se presenta de manera continua es decir que desgata el cuerpo, la mente, el alma durante el día y la noche durante largo tiempo.

En esta etapa del proceso de adaptación se puede observar una extrema dedicación por parte de los familiares para compensar el sentimiento de abandono y culpa así mismo lograr reducir sentimientos negativos; así mismo la familia inicia una serie de cambios progresivos de ajuste y lograr adaptarse también a la separación y un nuevo inicio.

Los hogares para adultos mayores son residencias que cuentan con ambientes adecuados para personas mayores, personal de enfermería y cuidadores para atender necesidades básicas y vitales de cada persona, les permiten asumir un estilo de vida combinada en donde pueden desarrollar actividades independientes y al mismo tiempo asistencia geriátrica especializada; brindan soporte para afrontar el proceso de envejecimiento que se acomode a la necesidades de los que residen en estas instituciones. Estas residencias buscan ofrecer protección física y mental a las personas a los ancianos, y les brindan alimentación, un hogar en donde se pueda adaptar, programas de salud que incluyen médicos y enfermeras, así mismo proveen cuidadores para estar pendientes para cubrir sus necesidades básicas, coordinando así el bienestar de la persona.

Estas residencias son excelentes lugares en donde los adultos mayores crean vínculos de amistad, aprenden oficios y artes, practican deporte, conviven con personas de su misma generación, práctica de actividades físicas para mantener su coordinación corporal, esto contribuye a preservar la autonomía e independencia, autoestima, les devuelve la seguridad de que son productivos a pesar de su edad y al mismo tiempo reduce niveles de ansiedad y mal humor. La misión de que existan este tipo de instituciones es procurar la calidad de vida y cuidados especiales para las personas que necesitan porque su estado mental o físico lo requiera. Un adulto mayor ingresará a una residencia siempre y cuando él de su consentimiento.

1.6 Elección de un hogar para ancianos y el impacto en la familia

Cuando la persona llega a la vejez, es importante el papel de la familia para lograr la estabilidad emocional y mantener la autoestima de la persona, pues se darán varios procesos que dejan de ser normales dentro de la rutina diaria que se ha tenido hasta ese momento; el retiro de trabajo, dolencias de la edad, pérdida de funciones físicas, separación de hijos o pérdida del cónyuge, entre otros. Con todo esto se requiere de cuidado y trato especial para mantener un estado emocional positivo, de ahí que el derecho a una familia es el derecho fundamental del adulto mayor.

García Morales (2009) afirma:

“En la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, existen especificaciones que explica que la familia es la unidad básica de la sociedad, y recomienda, entre otras cosas: desplegar los esfuerzos necesarios para apoyar, proteger y fortalecer la familia de acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad, atendiendo las necesidades de sus miembros de edad avanzada.

Instó también a los gobiernos a que en sus actividades de planificación y desarrollo adopten un criterio integrado de la edad y la familia, reconociendo las necesidades y características especiales de los adultos mayores, considerando necesario para ello:

- Alentar a los hijos a que garanticen la subsistencia de sus padres y fomenten el establecimiento de servicios sociales que apoyen a toda la familia cuando existan personas de edad avanzada en el hogar, aplicando medidas preferenciales a familia de bajos ingresos.
- Tomar en cuenta que la población de adultas mayores y viudas sobrepasa a la de los hombres por lo que es necesario atender las necesidades y funciones especiales de dichas mujeres”. (p. 38)

Según las recomendaciones anteriores, lo que se busca es lograr encontrar armonía y solución entre las dificultades que se dan en la familia y el sistema de valores de la sociedad, tomando en cuenta las necesidades del adulto mayor y buscar alternativas de apoyo, sea un familiar el cuidador principal o buscar una institución para la asistencia del anciano, que cubra sus necesidades básicas bajo el soporte de la familia.

En Guatemala, el adulto mayor en el área rural tiene un lugar preferencial, en especial en grupos indígenas, en donde se les toma en cuenta para decisiones familiares, guía de la comunidad. Esta situación es diferente en el área urbana, pues la estructura familiar se permite más actividad por trabajo, distancia y rutina complicada, por todo esto se les presta menos atención.

El valor de la familia, para toda persona, tiene un alto precio y requiere de un gran compromiso social y personal, de ella se obtiene amor, satisfacción, bienestar y apoyo; de igual forma podrá dar lo contrario, insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Si se altera la dinámica familiar, se da alteración emocional, desequilibrio y descompensación de salud. Ya que la familia es la primera red de apoyo social del individuo durante toda su vida, se reconoce como protección ante las tensiones de la vida diaria. Este apoyo es el primer recurso de salud y prevención de enfermedad, consecuencias y el remedio más eficaz del individuo ante cambios y contingencias durante su ciclo vital dentro de la sociedad.

A pesar de la gran experiencia que ha acumulado el adulto mayor, actualmente ya no es la mejor representación de las acciones familiares, generalmente no se le acepta como parte del grupo pues no es fuente de ingreso que colabora a la satisfacción de necesidades del grupo familiar. Se le rodea de toda una generación llena de tensiones y motivaciones totalmente opuestas a él, por lo que podría asumir funciones eficientes dentro del núcleo de la familia, según sexo.

Si el adulto mayor se enferma, necesitará cuidados especiales, se le imposibilita cumplir roles, y esto lleva a una gran problemática dentro del funcionamiento familiar. La atención al individuo será difícil aún más si la edad es muy avanzada; se dan conductas que molestan a los demás y que se hace difícil de manejar para poder convivir. Estos comportamientos podría ser agresividad, incontinencia, quejas, insomnio, narración de historias repetidas, olvido de rutinas, incongruencia, falta de hábitos de higiene, acumulación, podría escapar de casa y perderse en la calle, entre muchos más. Con todo esto la integridad familiar, constantemente se pone a prueba, y con esto crece la responsabilidad social para llevar a cumplimiento la obligación de cuidarle atendiendo y protegiendo los principios de equidad, justicia y solidaridad entre generaciones.

La familia debe mantener claros sus valores y establecer normas nuevas frente a las situaciones que afrontan a partir del cuidado del adulto mayor. Valores de amor, paz, justicia, respeto, paz, solidaridad, deberán ser los que guíen las acciones que se tomarán para el cuidado del adulto mayor en casa o en la institución seleccionada para sus cuidados especiales.

De la misma manera hay que tomar en cuenta que el cuidado que conlleva un adulto mayor es algunas veces complicada por las mismas condiciones que padece la persona dependiente ya que se encuentran deprimidas, irritables, pesimistas y esto complica aún más el brindarles la colaboración, se convierte en todo un desafío y puede ser una fuente de desgaste emocional y física para quien lo cuida. Con esto se puede obtener los frutos de cada uno de esos valores en todos los miembros de la familia, y así se permitirán completar los ciclos vitales dentro de la familia en los miembros que van naciendo o que se van agregando al círculo. Cuando un adulto mayor comienza a mostrar los signos que hacen difícil la convivencia o su cuidado, se deberá analizar los pros y contras y tomar la mejor decisión sobre el cuidado y atención de las necesidades del adulto mayor que tienen a su cargo.

Actualmente los grupos familiares padecen la presión cotidiana del trabajo y las responsabilidades que la vida constantemente les exigen; todos deben trabajar y no se da la oportunidad de estar las veinticuatro horas de cada día de la semana para atender a nuestros adultos mayores, y constantemente las atenciones son demandantes, pues los hijos deben cuidar a sus adultos.

Así mismo los hijos se convierten en padres de sus padres y toman la responsabilidad de cuidarlos pero se enfrentan a situaciones estresantes por no saber cómo atenderles.

1.6.1. El duelo ante la integración del adulto mayor a un hogar

Cuando se toma la decisión familiar de llevar a un adulto mayor a una residencia especializada en cuidados especiales, se vive el proceso de duelo. Un duelo se define como proceso de adecuación emocional, físico y mental que sigue a cualquier pérdida, a lo cual se suma la culpa y dolor.

Esta situación provoca sentimientos de descalificación, tortura; es posible que la familia haya prometido previamente al adulto mayor que le atendería durante toda su vida en casa con todas las comodidades y ahora se sienten obligados a romper dicha promesa.

Si bien es importante mencionar que los sentimientos antes mencionados no son fáciles de erradicar especialmente cuando el adulto mayor no está de acuerdo con la nueva situación de necesitar cuidados especiales, compartir con sus iguales y experimentar una mejor calidad de vida aunque sea viviendo lejos de su ambiente familiar.

Por otro lado, el adulto mayor vivirá la transformación ante una nueva integración, él también tendrá que procesar y aceptar que no estará más en su entorno familiar; a lo cual la persona va a manifestar diferentes estados emocionales durante un período de tiempo el cual depende de cada individuo. A este proceso se le denomina duelo, de acuerdo a la experiencia clínica se logra puntualizar síntomas que se han observado en adultos mayores cuando son ingresados por primera vez en un hogar:

- Tristeza: desesperanza y llanto constante por no tener visitas constantes de sus familiares.
- Agresividad: se tornan violentos utilizando esta agresividad como mecanismo de defensa ante el cambio.
- Fantasía de los hechos: inventan historias acerca del personal que les cuida, con el fin de tener una excusa para regresar a casa.
- Desesperanza: se encuentran ensimismados y no desean ver más allá de lo que la residencia les ofrece. No tienen deseos de seguir adelante y se encuentran ante el hecho de no tener objetivos en la vida.
- Temor a morir: esta sensación es constante en este tipo de población, temen a sufrir alguna caída o golpe fuerte y que nadie cercano esté con ellos.
- Amargura: les embarga la tensión y el padecen de mal humor y amargura constante, no alcanzan a ver la belleza de la vida y la oportunidad de ser autónomo en su entorno.
- Baja autoestima: llegan a creer que no sirven para nada y deberían morir porque no tienen un propósito más en la vida, creen que nadie les espera y nadie los quiere.
- Ira: no desean ser tratados como niños o personas con discapacidades, les molesta no ser escuchados y que no se les atienda según su demanda.

Este proceso de adaptación lleva un tiempo determinado según sea el caso, el adulto mayor conforme pasa el tiempo logra conocer al personal que le atiende, y mientras transcurran los días se acomoda a nuevas tareas, rutinas, comparte con otras personas, participa en actividades de recreación y aprende a utilizar su tiempo en nuevas ocupaciones que son ofrecidas en la residencia para fomentar su autonomía e independencia.

El proceso de duelo comenzará a sanar cuando, se encuentra el lugar adecuado y afín a las necesidades del dependiente, este se convierte en un alivio, a lo que se deberá caer en cuenta en familia que no es abandono el dejar al adulto mayor en ese lugar, sino la solicitud de ayuda para que la persona tenga bienestar y mantenga su seguridad física y emocional. El traslado a una residencia no es igual a abandono es una forma diferente de cuidar a la persona mayor en donde la participación de la familia será primordial. Así mismo la familia no puede olvidar que mientras tanto hay responsabilidades que aún se deben seguir cumpliendo para respetar los derechos de los que aún siguen en casa. Es importante tomar en cuenta que se iniciará con nuevas responsabilidades y el cumplimiento de nuevas normas que se establecen, cubrir las necesidades de comida especial, medicina, ropa, médicos, exámenes, terapias, entre otros.

Centros de Cuidado para personas de la tercera edad

Hoy en día en Guatemala, han surgido hogares y residencias para adulto mayor, donde se puede elegir según las necesidades y conveniencia de cada familia, aunque aún se encuentra estigmatizado el tema. Es difícil de comprender que el llevar a una persona mayor no se trata de deshacerse de él ni mucho menos de abandonarlo, por el contrario, es la búsqueda de un mejor cuidado y atención competente que les ofrezca seguridad, calidad de vida y atención precisa, superior a lo que se puede brindar en casa. Cuando se toma la decisión que el adulto mayor viva lejos de la familia en un hogar, habrá que tomar en cuenta que el lugar ofrezca garantía del cuidado y la confianza de los profesionales de la salud que atenderán al anciano. Por lo tanto se ha realizado una investigación acerca de cómo opera una residencia para el adulto mayor en Guatemala tomando como punto de referencia el Hogar Margarita Cruz Ruíz.

2.1. Hogar Margarita Cruz Ruíz

Asociación Amigas de San Vicente “Hogar Margarita Cruz Ruiz” es una asociación no lucrativa la cual es fundada el 1 de diciembre de 1950 por un grupo de señoras para apoyar al Sanatorio Antituberculoso San Vicente, en el pabellón de mujeres con medicamentos, comida, servicios, médicos, etc. A principios del año 70 cuando la tuberculosis dejó de ser un flagelo para el país, la Asociación encabezada por Margarita Cruz Ruiz, compenetrada en el problema de la anciana necesitada de un refugio, cariño y comprensión, inició el proyecto de crear el “Hogar Las Margaritas”, para ancianas, colocando la primera piedra el 2 de abril de 1971. Dicha obra fue terminada e inició sus actividades en la 6 ave. 7-55 zona 10, donde funcionó hasta el 10 de mayo 2013. En el año 2006 falleció la principal fundadora del Hogar a los 88 años de edad, habiendo dedicado toda su vida al bienestar de las ancianas y dejando como donación a las Asociación 7 inmuebles de su propiedad, donde se construyeron las nuevas instalaciones, en la 7 avenida 2-36 zona 1, en su honor se cambió el nombre a “Hogar Margarita Cruz Ruiz”.

El hogar Margarita Cruz Ruiz (2015), explica que la misión de la residencia es, brindar un lugar a la adulta mayor que necesita de un espacio para vivir, en el cual encuentre respeto, cariño y comprensión, así mismo pueda recibir atención y asistencia en las actividades que realiza percibiendo apoyo moral y espiritual en un ambiente sano y familiar, con el fin de mejorar su calidad de vida. Del mismo modo, el hogar manifiesta que la visión que tienen, es que cada anciana necesitada viva la etapa de la vejez de manera digna, en un entorno de integridad y en pro de desarrollo de sus facultades de autonomía y logre sentirse amada y valorada.

El hogar ofrece atención integral en cuanto a la alimentación, salud, recreación, seguridad, compañía y afecto a la vejez. Las adultas mayores que viven en la residencia cuentan con alimentación 3 veces al día incluyéndoles la refacción de media mañana y por la tarde; visita médica 3 veces por semana, enfermeras las 24 horas al día, cuidadores adicionales que les proporcionan ayuda para bañarse, lavado diario de la ropa de cada una de las ancianas. Los servicios que no se incluye en el costo de vivir en el Hogar son los siguientes:

- Medicinas
- Pañales
- Evaluación de primer ingreso por médico del hogar
- Enfermera personal cuando la adulta mayor requiera cuidados especiales

El Hogar es un lugar destinado al descanso y cuidado de pacientes adultas mayores de sexo femenino, en donde la mayoría sufre de alguna patología o condición afectando su calidad de vida. El hogar cuenta actualmente con aproximadamente 50 pacientes entre las edades de 60 a 80 años, de las cuales el 24% padecen de diabetes mellitus, además de otras patologías asociadas principalmente a la edad avanzada.

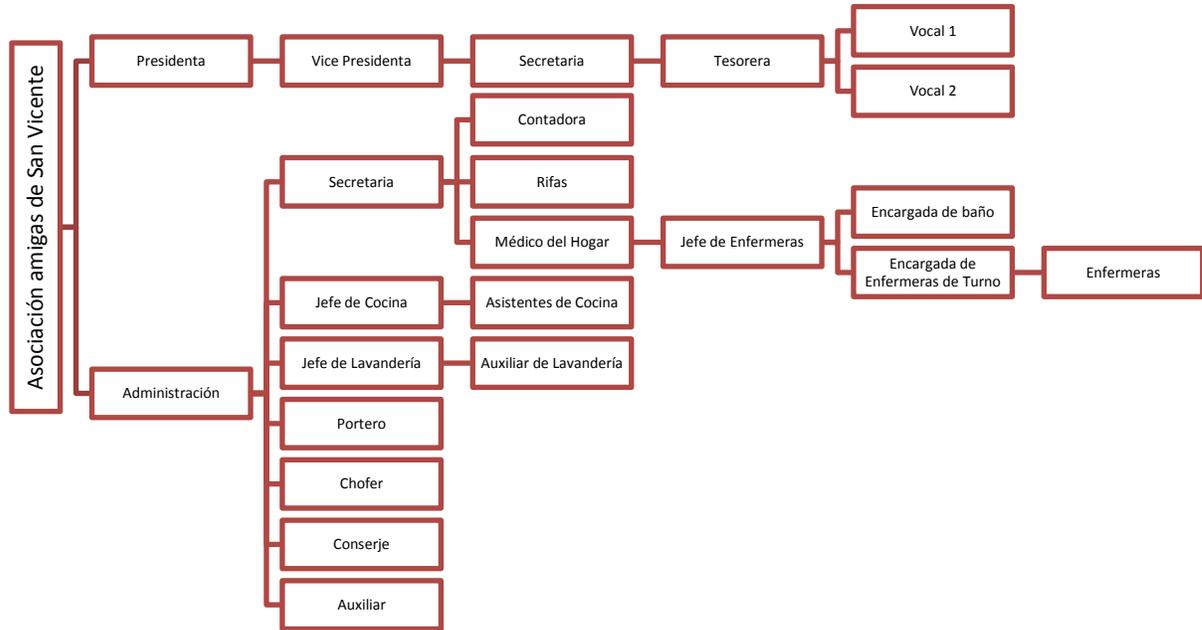
2.2. Organización del hogar

El Hogar Margarita Cruz Ruíz está conformado por una junta directiva así mismo por ser una asociación no lucrativa logra elegir a sus residentes para que alcancen convivir en ambiente tranquilo unas con otras de acuerdo a las enfermedades que padecen y sus distintas necesidades. El Hogar hospeda a 50 ancianas las cuales están comprendidas entre 65 y 102 años; entre las enfermedades que se pueden distinguir que sufren las residentes se encuentran:

- Diabetes
- Parkinson
- Alzheimer
- Presión arterial
- Demencia senil
- Enfermedades del corazón
- Consecuencias de un derrame severo

La residencia está conformada de la siguiente manera:

Cuadro No. 1
Organigrama Hogar Margarita Cruz Ruíz



Fuente Hogar Margarita Cruz Ruiz (2015)

De acuerdo a la experiencia clínica se ha observado en la dinámica del hogar, cada miembro del personal realiza su trabajo según la responsabilidad que se le ha delegado, el equipo de las enfermeras cuentan con dos grupos de cinco enfermeras cada uno, los cuales cubren las necesidades de las adultas mayores durante turnos de veinticuatro por cuarenta y ocho, y seis cuidadoras quienes son las que les apoyan en diferentes cuidados básicos de las residentes.

2.2.1. Perfil del cuidador

De acuerdo con Castilla & León (2016), sostienen que los cuidadores de adultos mayores ya sean familiares o ajenos a ellos; son aquellas personas que por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que se dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo; permitiendo que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria ayudándolas a adaptarse a limitaciones que su discapacidad funcional les impone. Si se piensa en que cada vez es mayor el porcentaje de población de más edad, debido fundamentalmente al aumento de la expectativa de vida y la disminución de la tasas de natalidad, resulta evidente que se elevará, en un futuro próximo, el número de personas que necesiten algún tipo de ayuda y, por tanto el número de cuidadores. Por lo general, es la familia quien asume la mayor parte del cuidado de los adultos mayores. En cada grupo familiar suele haber un cuidador principal que responde a las circunstancias de cada familia, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre los miembros de la familia.

En la mayoría de las familias es una única persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados, gran parte de estos cuidadores principalmente son, como se ha visto, mujeres, hijas y nueras. Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres es que, a través de la educación recibida y los mensajes que trasmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa.

A pesar del claro predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más en el cuidado de las personas mayores bien como cuidadores principales o bien como ayudantes de las cuidadoras principales, lo que significa un cambio progresivo. Cuidar es una situación que muchas personas, a lo largo de sus vidas, acaban experimentando.

La práctica y habilidad de cada cuidador es única, ya que son muchos los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador.

Román, Alcántara, Morientes & de Lorza (2005), aseguran que existen propiedades en un cuidador:

- La mayoría de los cuidadores son mujeres (83%)
- De entre las mujeres cuidadores, un 43% son hijas, un 22% son esposas y un 7.5% son nueras de la persona cuidada.
- La edad media de los cuidadores es de 52 años aproximadamente el 20% superan los 65 años.
- En su mayoría están casados.
- Una parte muy sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada.
- En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador.
- La mayoría de los cuidadores prestan ayuda diaria a su familiar mayor.
- Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas.
- La rotación familiar o sustitución del cuidador principal otros miembros de la familia es moderadamente baja.
- Una parte de ellos comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus hijos.
- Al inicio trata de coordinar actividades familiares y laborales con el tiempo y recursos económico del cuidado del adulto mayor con discapacidad.
- Cree que será una situación que exigirá poco esfuerzo y que será de poca duración en relación a tiempo.
- Paulatinamente la discapacidad del paciente a su cuidado, va aumentando, lo que le ocasiona un sobre esfuerzo físico y emocional, por lo que va perdiendo su independencia para sus actividades laborales, familiares, sociales, religiosas y de recreación.
- Es el único responsable de la administración de los medicamentos, aseo personal, alimentación y movilización del paciente.
- Mantiene la esperanza de ser ayudado en todas las esferas del paciente, por sus familiares cercanos.
- Brindan un cuidado mayor de 12 horas.

- No reciben remuneración económica.
- La mayoría no han recibido formación académica o capacitación sobre los cuidados de un adulto mayor con enfermedad crónica discapacitante.
- Gran parte refiere no recibir apoyo, del resto de la familia, lo que obliga a ausentismo laboral, alejamiento de su núcleo familiar y aislamiento social.
- El cuidado lo hace por el sentimiento de que está obligado moralmente a realizarlo. (p. 265)

Sin embargo Toscan (2017), indica que los cuidadores formales poseen las siguientes características:

- Es un profesional certificado en Salud (Doctor, enfermera, fisioterapeuta, otros).
- Posee una preparación académica especializada en la materia con competencias, herramientas y actitudes adecuadas, para brindar atención preventiva, asistencial, educativa al enfermo y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el hogar, hospital de día y servicios especializados.
- Recibe un salario por dicho trabajo.
- Tienen un período de trabajo, goza de vacaciones y prestaciones de ley.
- Generalmente, es una persona ajena a la familia.
- Su experiencia la ha adquirido en instituciones médicas, geriátricas o cuidando adultos mayores en casa.
- Se mantiene cerca del paciente, lo apoya a afrontar sus enfermedades crónicas degenerativas o discapacidades y lo acompaña hasta la etapa final de su muerte.
- Trabajan interdisciplinariamente como lo son enfermeras, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros. (p. 18)

En Guatemala, no se cuentan con estadísticas recientes que definan el porcentaje de estos trabajadores desarrollando dicha tarea, sin embargo actualmente existen varias universidades

privadas y una estatal que brindan cursos teórico-prácticos de formación para brindar un buen cuidado del paciente.

A continuación se detallan las carreras y técnicos que ofrecen dichas instituciones a nivel superior:

Universidad Galileo, ofrece las siguientes carreras

- Técnico en cuidados geriátricos
- Diplomado en Gerontología
- Diplomado de formación del cuidador del paciente renal.
- Técnico universitario en salud y seguridad ocupacional
- Técnico universitario en enfermería

Universidad Panamericana

- Diplomado universitario en terapia de soporte y cuidados paliativos
- Licenciatura en enfermería y gestión de la salud

Universidad Da Vinci de Guatemala

- Diplomado en Gerontología
- Técnico en enfermería
- Licenciatura en enfermería

Universidad Mariano Gálvez

- Técnico universitario en enfermería
- Licenciatura en enfermería

Universidad San Carlos

- Técnico en enfermería
- Licenciatura en enfermería

Atender a un adulto mayor implica un desempeño cuantioso en diferentes actividades, algunas veces será desgastante y excesivo es por eso que los cuidadores y las personas que adquieren dicha responsabilidad deben prepararse y conocer el ámbito de trabajo en donde se desempeñan, al mismo tiempo y entender que dichos cuidados y tareas van a depender de cada situación y de cada persona a quien cuidarán.

2.2.2. Tareas de los cuidadores

Tocan (2017) afirma “un cuidador es una persona (habitualmente un familiar directo o no), que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente incapaz de auto sostenerse necesita” (p. 15).

El cuidar de otra persona requiere hacer múltiples tareas que implica, descubrir cualidades propias, aptitudes talentos que probablemente, de otra forma hubieran pasado desapercibidas. Así mismo cuidar a otra persona puede hacer que se establezca una relación más próxima con el dependiente o con otros familiares y que se descubran en ellos otras facetas interesantes que hasta entonces habían permanecido ocultas. Una gran parte de cuidadoras, pese a posibles sinsabores, acaban descubriendo la íntima satisfacción de ser útiles a las residentes y se vuelven aún más cercanas.

De acuerdo a la experiencia e investigación con el equipo de cuidadoras del Hogar Margarita Cruz Ruiz, una cuidadora con estudios adicionales en atención geriátrica posee el conocimiento de los cuidados específicos y asistencia a la salud así también cuenta con un mejor manejo de emociones que entran en juego al cuidar a un adulto mayor; por otro lado, la cuidadora sin entrenamiento desarrolla a partir de la práctica y de forma empírica, la atención cautelosa, dedicación, cuidado de la salud mental y conocimientos básicos de cómo debe comportarse.

Castilla & León (2016) manifiestan:

Cuando se habla de carga para los cuidadores se hace referencia a la magnitud con que el cuidador percibe su situación emocional o física, la vida social y el estado financiero como consecuencia del cuidado que presta al familiar y en caso de que el adulto mayor se encuentra en una residencia para ancianos la carga que conlleva al cuidador del hogar.

Esta carga se reduce cuando otros familiares brindan ayudas, visitan la paciente y facilitan breves períodos de descanso, en caso del cuidador ajeno a la familia aminora la carga cuando se producen cambios de turnos, salidas y cambio de ambiente. (p 265)

Román, Alcántara, Morientes & de Lorza (2005), aseguran que los cuidadores adquieren ciertas tareas al responsabilizarse de un adulto mayor, como las que se señalan a continuación:

- Ayudan en las actividades de la casa como cocinar, lavar, planchar, etc.
- Ayuda para transportar al adulto mayor fuera del domicilio.
- Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio.
- Ayuda en la higiene personal.
- Supervisión en la toma de los medicamentos.
- Colaboración en las tareas de enfermería.
- Llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida.
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado.
- Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.
- Hacer muchas “pequeñas cosas” como por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercarle una silla, llevarla al baño, darle de comer, etc. (p. 266)

Según la organización del Hogar Margarita Cruz Ruiz, a las cuidadoras se les asignan las siguientes tareas:

- Despiertan a las ancianas a las 6.00 a.m. y las llevan al baño.
- Bañan a las ancianas que no pueden hacerlo por ellas mismas.
- Las visten y las dejan listas para que las de ayudantes de enfermería las lleven al comedor.
- Les ayudan a comer a las ancianas que necesitan cuidados especiales.

- Les brindan a las adultas mayores los cuidados de higiene personal como, peinarlas, lavar los dientes, aplican cremas hidratante para el cuerpo y cabello.
- Apoyan a las ancianas para que se ejerciten las que pueden caminar y valerse por ellas solas.
- Asisten al personal de cocina para repartir los alimentos en el comedor.
- Auxilian al personal de enfermería para repartir medicamentos.
- Atienden a los familiares cuando visitan a las adultas mayores.

De acuerdo al trabajo que se realiza en el Hogar Margarita Cruz Ruiz, las cuidadoras afirman que la experiencia es alentadora y satisfactoria además es una práctica altruista y empática en donde se logra entender y compartir necesidades, emociones e intereses; sin embargo sostienen que el realizar el trabajo de atender a las adultas trae también síntomas de estrés psicológico, enfermedades clínicas, depresión, aislamiento social, exceso de cansancio físico y emocional en algunos casos. Las cuidadoras se diferencian unas de otras en función de múltiples características, que hacen que cada experiencia de cuidado sea única y distinta a las demás.

2.3. Estrés

De acuerdo con Acosta (2008), el estrés es subjetivo, aunque desee tratarse como algo provocado por el entorno. Un mismo hecho no resulta igual de estresante para todas las personas, ni siquiera para el mismo individuo en momentos o circunstancias diferentes de su vida. El estrés no siempre tiene consecuencias negativas. Algunas veces su aparición supone una excelente oportunidad para poner en marcha nuevos recursos personales, hasta entonces inactivos, fortaleciendo así la autoestima e incrementando las posibilidades de éxito en ocasiones futuras.

Generalmente, los hechos que lo ponen en marcha son los que están relacionados con cambios o los que exigen del individuo un esfuerzo máximo y en ocasiones, ponen en peligro su bienestar personal o el de sus seres queridos. El estrés activa el sistema nervioso autónomo, que controla,

entre otros, los músculos que alteran, la digestión y la presión sanguínea. El sistema nervioso libera una serie de hormonas en el torrente sanguíneo.

Bajo la acción de estas hormonas el cuerpo sufre toda una serie de modificaciones potencialmente útiles:

- Liberación de adrenalina y noradrenalina.
- El hígado transforma los nutrientes en energía.
- El corazón acelera su ritmo para bombear más sangre hacia las extremidades, desviándola del estómago y de los centros cognitivos y superiores del cerebro.
- La sangre aumenta su velocidad de coagulación para cerrar rápidamente eventuales heridas.
- Se desvía la superficie corporal, para evitar pérdidas en caso de heridas y se dirige a los músculos largos, que son los que sirven para pelear o salir huyendo.
- Las membranas de nariz y garganta se encogen para ensanchar el conducto y facilitar el paso de un mayor flujo de aire.
- Los pulmones, con respiración rápida y entre cortada, oxigenan el cerebro y los músculos en busca de energía y eficacia.

El cuerpo dedica tiempo y energía a las funciones que la naturaleza entiende que resultan prioritarias para solventar con mayor eficacia una emergencia. El estrés puede ser provocado por la una respuesta desmesurada del organismo al estímulo, o una no recuperación del estado normal tras la desaparición de una amenaza. Acosta (2008) afirma: “Se especula con la posibilidad de que la enfermedad de Alzheimer se deba no tanto a la edad como al estrés. Y al parecer que el mero ejercicio físico o intelectual es una estupenda terapia para combatirlo” (p. 30)

Así mismo se puntualizan consecuencias provocadas por el estrés:

En lo orgánico suelen aparecer:

- Tensión muscular
- Palpitaciones

- Sudoración
- Dolor de cuello, espalda y cabeza
- Dificultad respiratoria
- Tics
- Niveles altos de colesterol y glucosa en la sangre
- Disminución del deseo sexual
- Aumento o falta de apetito

En cuanto a la capacidad emocional:

- Apatía
- Aburrimiento
- Depresión
- Ansiedad
- Agresividad
- Irritabilidad
- Inseguridad
- Soledad

Cuando el estrés persiste durante un tiempo significativamente largo, el efecto sobre el cerebro acaba siendo grave; destruye neuronas y atrofia el hipocampo, lo que es el centro clave para la memoria, porque el cortisol y otras hormonas estresantes alcanzan niveles tóxicos.

A continuación se detallan algunas consecuencias del estrés en períodos de largo plazo:

- Gasto de fuerzas y energía.
- Dolores de cabeza constantes.
- Dolor de espalda.
- Desordenes gastrointestinales.
- Mareos, dificultad para tragar.

- Trastornos del sueño
- Frustración ante la falta de una relación.
- Dificultad para obedecer a las reglas y a la autoridad.
- Agotamiento físico, emocional y motivacional.
- Síntomas de desesperanza, pérdida de ideales.

2.4. Estrés del Cuidador

El cuidador primario, debe enfrentar todos los días situaciones difíciles e imprevistas. En muchas ocasiones estos cuidados rebasan la capacidad física y mental del cuidador. Normalmente esta persona se siente comprometida con dicho cuidado por el afecto sentido hacia el paciente. El cuidado prolongado conlleva con frecuencia a lo que se ha llamado crisis de identidad personal, la cual se manifiesta como una falta del sentido de la vida, debilitamiento en sus creencias espirituales y la mayoría de éstos cuidadores enfermos se quejan de escasez de recursos, terapéuticos y asistenciales lo cual repercute negativa y directamente en la relación cuidador-paciente.

Flores, Jenaro, Moro & Tomsa (2014), aseguran que la mayoría de los estudios constatan que la presión a la que están expuestos los cuidadores puede desencadenar en ellos sentimientos de estrés, ansiedad y depresión. También informan que el cuidado afecta negativamente a la salud física y psicológica. Por tanto, está ampliamente demostrado que cuidar de una persona mayor dependiente es una experiencia estresante que puede llegar a cronificarse y tener repercusiones negativas para la persona proveedora del cuidado, especialmente en aquellos casos en que el cuidador perciba la situación como altamente demandante y los cuidados se ofrezcan de manera continuada (ocupando gran parte del tiempo del cuidador) y prolongada en el tiempo.

Por otro lado, respecto a los cuidados formales, es preciso aludir al concepto de carga experimentada y más concretamente al estrés laboral de tipo crónico o síndrome de burnout. En este sentido, numerosas investigaciones sobre el síndrome de quemarse por el trabajo ponen de

manifiesto su repercusión en variables psicológicas, fisiológicas, organizacionales y sociales que inciden en el individuo provocándole alteraciones emocionales y conductuales de diversa índole. También se ha constatado las repercusiones del estrés crónico en la salud física y emocional de los cuidadores formales.

El contacto con el usuario es la base de estos trabajos y dicho contacto suele ser bastante intenso y, en ocasiones, poco gratificante puesto que se deposita en el profesional una gran carga de responsabilidad que podrá provocar su propio desbordamiento con la consecuente pérdida de capacidades y de motivación por su trabajo.

Es importante que los cuidadores conozcan los distintos efectos que provoca el cuidar de un adulto mayor:

- Síntomas de estrés
- Deficiencias en la salud psicológica y mental.
- Cansancio emocional.
- Aislamiento social o pérdida de las relaciones personales con familia y amigos.
- Agotamiento físico.
- Disminución de la productividad en el trabajo y en sus tareas.
- Falso sentimiento de no ser bueno en lo que se hace.
- Problemas para concentrarse.
- Cambios bruscos de humor.

El papel del cuidador conlleva tareas que resultan desgastantes, agotadoras tanto física, emocional y mentalmente, es importante y parte de la propia responsabilidad del cuidador prestar atención a posibles señales que van a indicarle que es hora de tomar precauciones y medidas para frenar dicha situación.

2.4.1. Síndrome de sobre carga

De acuerdo a Toscan (2016), es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidados principales de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva de responsabilidad de cuidado, para la cual no estaba preparada, que consume al inicio gran parte de su tiempo y energía. Se considera es provocado por el estrés continuado (no por una situación puntual), es una lucha diaria contra la enfermedad y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador. A todo lo anterior hay que agregar lo prolongado de la enfermedad, el tratamiento y el alejamiento de su familia y aislamiento social derivado de la misma situación.

2.4.2. Síndrome del cuidador quemado o Burnout

Es importante reconocer que no todo estrés laboral se transforma en burnout, esto solo ocurre cuando las condiciones de tensión dentro del trabajo se prolongan en el tiempo y no son atendidas. Si la organización laboral lograra tener bajo control los estresores que afectan a sus empleados, estos podrían estar libres de desarrollar dicho padecimiento.

Toscan (2014) afirma:

Se puede definir como una patopsiquia o sobredosis, que se caracteriza por el desgaste físico, mental, económico y familiar que sufren las personas que cuidan a una persona debido a la exigencia persistente de una concentración de expectativas inalcanzables, es una sensación de fracaso y existencia agotada por una sobrecarga provocada por las exigencias de energía física, recursos personales o fuerza espiritual del cuidador.

Esta patología no es de aparición inmediata, sino que el sujeto ya se encuentra inmerso durante un período largo de fatiga mental, cansancio físico, vacío, drenado, y sin energía para cuidar de su salud física, mental abandonan su trabajo descuidan sus obligaciones del hogar y se aíslan de toda actividad social y/o religiosa por atender plenamente las necesidades físicas, de alimentación de tratamiento, aseo personal, movilización apoyo en

su estado, emocional-cognitivo. A este punto el cuidador primario informal necesita de ayuda profesional. (p. 21)

Se puede apreciar una diferencia entre burnout y estrés; el burnout son los síntomas de estrés crónico generados durante un largo período en donde se requiere atención profesional inmediato, especialmente en profesiones que tienen relación con la salud y enseñanza en donde se requiere sostener una buena relación en donde debe obedecer las normas en el lugar donde labora, esto le va a incluir un gasto de voluntad, constante atención, demanda de energía para responder a las demandas de los estímulos internos como externos.

De acuerdo a las investigaciones, en el Hogar Margarita Cruz Ruiz las cuidadoras se han tenido que enfrentar con sensaciones y emociones opuestas como por ejemplo: No llegar a tiempo a todo lo que les espera cuando llegan a casa, las responsabilidades con sus hijos, esposo y las demandas que exige las tareas en el hogar; en el ámbito laboral pueden manifestar cierta culpa al creer que se tiene desatendida a la familia aumentado aún más cuando algún miembro de la familia enferma, se presentan problemas escolares o de cualquier otro tipo.

Por otro lado cuando manifiestan las cuidadoras que cuando se encuentran en casa y cuando deben salir a trabajar y se retrasan por algún motivo para llegar a su trabajo, las cuidadoras experimentan sentimientos como falta de profesionalidad por no entregarse a su trabajo como otros colegas. Sentirse alternativamente malas madres y malas profesionales no resulta precisamente gratificante. Si a eso se llegan a unir críticas del esposo, jefe o de las propias compañeras, todo se complica aún más. El desarrollar una carrera profesional normal no resulta fácil en esas condiciones; una vez más, esa sensación de culpa o fracaso es punto de partida para que aparezca el estrés.

La problemática del estrés o burnout en las cuidadoras logra provocar un desgaste familiar influyendo de manera negativa cuando llegan a casa surgen ciertas eventualidades:

- Agresividad: actitudes desadaptativas, regaños y violencia con los hijos y enfrentamientos con los cónyuges.
- Funcionamientos inadecuados: dormir más habitual, desatender responsabilidades del hogar, estudio, familiares, pagos, etc., desatención al cuidado propio, trastornos del sueño, aumento o falta de apetito.
- Aislamiento: el exceso de cansancio las obliga a desear descansar que prefieren no salir y evitar el contacto con familiares y amigos.
- Padecimientos físicos: dolores de cabeza constante, dolores musculares, molestias gastrointestinales, bajas defensas y contraer así mismo con facilidad enfermedades.
- Deterioro emocional: lo cual es provocado por el cuidado físico y emocional de otras personas sin recibir la asistencia al bienestar psicológico que requiere el trabajo que realiza.
- Falta de realización personal: puede llegar a evaluarse negativamente pensando que el trabajo que realiza no tiene ningún sentido, descontento consigo mismo e insatisfacción con los resultados.

Simultáneamente, suele ocurrir que las dificultades familiares se llevan al trabajo y se transfieren muchos roles hogareños en él, lo que produce molestia entre compañeras y autoridades lo cual no se logra cumplir el objetivo de sus labores en la residencia.

Por otro lado, ha surgido que en algunas ocasiones determinadas cuidadores padecen el trastorno por empatía, a lo que refiere que se contagian de las emociones de las personas dependientes por lo que produce aún mayor tensión y emociones de depresión, añoranza, afecto plano, entre otros.

De acuerdo a lo anterior descrito es una tendencia generalizada en los cuidadores, de anteponer las necesidades de la persona enferma a sus propias necesidades, esto genera la postergación del autocuidado del cuidador, como la resistencia a pedir ayuda o recibir la que se les ofrece. Según Know Alzheimer (2017), está comprobado que los cuidadores que se cuidan están en mejores condiciones físicas y psicológicas para mantener su bienestar y seguir cuidando de los demás.

Modelo Cognitivo Conductual

Generalmente las personas atraviesan procesos en cual intervienen emociones, sentimientos, decisiones, etc., la duración del proceso y la resolución de mismo va a depender de múltiples factores en función de la importancia de la valoración el individuo haga conforme a las amenazas y privaciones, recursos propios y ambientales y del apoyo psicosocial que posea para afrontar situaciones. Cada individuo deben cumplir con tareas y responsabilidades que requieren de atención para llevarlas a cabo de manera efectiva, y así también de mantener alerta sus sentidos y así responder a estímulos de manera positiva y asertiva, sin influir negativamente en sus emociones, conducta y pensamientos, todo contribuye a que logre tener un equilibrio en lo que hace, piensa y actúa proyectando salud.

Existen varios modelos de terapia para poder trabajar distintos tipos de dificultades que atraviesan los individuos a través de su vida; en este capítulo se hablará sobre el Modelo Cognitivo conductual terapia que está dirigida a que las personas comprendan sobre lo que están pasando y buscar soluciones, es un modelo práctico y dinámico, orientado al presente, tiene como fin cambiar formas de pensar y conductas más adaptativas.

3.1. Definición del modelo

Basada en la psicología del aprendizaje, la terapia cognitivo conductual, permite desarrollarse a través de actividades terapéuticas de carácter psicológico, actualmente se fundamenta en la psicología científica, siendo esta su punto de referencia para las intervenciones. Los modelos, técnicas y procedimientos, tienen base científica o experimental, pero dan procedimientos que han surgido de la experiencia clínica.

Con este tratamiento se busca la intervención del cambio conductual, cognitivo y emocional, modificando o eliminando conductas desadaptadas, enseñando las adaptadas al no producirse; por esto también el procedimiento podría ser dirigido a la modificación de procesos cognitivos que basan el comportamiento.

Ruíz, Díaz & Villalobos (2012), refiere que se ha debido ampliar los principios definatorios y básicos de la terapia conductual para no limitarlos al primer estadio de la Terapia de conducta. Actualmente se ha debilitado aún más, la relación entre la TCC y la Psicología del aprendizaje, a pesar de ser el punto fuerte en sus orígenes, y de aumentarse el interés. No todo lo que ocurre en TCC se relaciona con las aportaciones de la psicología del aprendizaje y básica en general; muestra de ello, es que en la práctica de muchos terapeutas conductuales aún se da la noción del condicionamiento de los años 50 y 60 del siglo XX. Así, la práctica de terapias de conducta de orientación cognitiva no se da en un panorama diferente. Se dan relaciones bastante débiles entre la psicología cognitiva experimental y la terapia cognitiva.

Una forma de comprender cómo piensa la persona de sí misma, sería el modelo cognitivo conductual, así como otras personas del mundo alrededor y cómo sus acciones afectarán pensamientos y sentimientos. Esta terapia permite modificar la forma de pensar y actuar, y a sentirse mejor; problemas y dificultades del aquí y del presente, son el centro para trabajar en este modelo, buscando mejorar el estado de ánimo del individuo en tratamiento.

En los siguientes casos, este modelo podría ser apropiado:

- Ansiedad
- Depresión
- Pánico
- Agorafobia
- Trastornos alimenticios
- Trastornos del estado del ánimo
- Trastorno obsesivo compulsivo

- Trastorno de estrés postraumático

Desglosando los problemas complejos, se puede mejorar la comprensión de ellos mismos, siendo la terapia cognitivo conductual quién lo permite, haciéndolo en partes más pequeñas, y logrando la relación entre sí. Esas partes pueden ser eventos, problemas, hechos relevantes, situaciones difíciles, lo que podrían ocasionar pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos, y que cada área afecte a las demás. Un pensamiento acerca de un problema, podría ocasionar daño físico y emocional en una persona y en el medio donde se desenvuelve.

Reynoso & Seligson (2005), dicen de la terapia cognitivo conductual que es el rasgo que se aplica a las técnicas terapéuticas que se basan en diferentes modelos conceptuales, vinculados por el interés en el origen y modificación de cogniciones del paciente, y hasta algún compromiso en el uso de procedimientos que se derivan de la terapia conductual que permita el cambio. Los procedimientos de la terapia conductual, dan la incorporación de acercamientos cognitivo conductuales.

3.2. Características del modelo cognitivo conductual

Cuando los problemas principales son la ansiedad o la depresión, es más eficaz tratarlos con terapia cognitivo conductual. Este tratamiento psicológico en casos moderados y graves de depresión, es más seguro, tanto como antidepresivos para algunos tipos de depresión.

Ruíz, Díaz & Villalobos (2012), exponen estas características de la terapia cognitivo conductual, como principales; permiten una visión sobre principios comunes a todas las direcciones de este modelo:

- La terapia cognitivo conductual se basa en sus orígenes en la psicología del aprendizaje; es una terapia psicológica. En la actualidad, sus intervenciones se sustentan en la psicología científica, siendo este su punto de referencia.

- La razón del modelo es modificar o cambiar comportamientos de desadaptación por la adaptación, así se interviene en los procesos cognitivos de la base del comportamiento.
- Esta terapia se enfatiza en los determinantes del comportamiento, pero toma en cuenta elementos de la historia que dan la razón de la situación determinada.
- La metodología experimental debe ser la característica de fundamento del enfoque a aplicar durante el proceso de evaluación y al explicar la conducta del paciente, así como en el diseño de intervención y al valorar los resultados.
- La relación entre evaluación y tratamiento, es reducida durante toda la intervención, por lo que la constante y mutua interdependencia, dificulta la distinción de las mismas como diferentes etapas. Aun así, se plantean a través de protocolos estandarizados de actuación, criterios diagnósticos tradicionales. Todo esto como resultado de los conocimientos que se adquieren de la génesis y el mantener problemas de comportamiento; y por los resultados positivos en intervenciones estandarizadas al tratar cuadros psicopatológicos.
- Se busca de manera especial, evaluar la eficacia de las intervenciones, ya que el enfoque empírico entinta la evaluación y tratamiento.
- El tratamiento conductual siempre será activo; implica las actividades del paciente en su ambiente natural.
- La relación terapéutica tiene en estos momentos un valor explícitamente reconocido, sobre todo en las nuevas terapias contextuales, dónde las contingencias que se desarrollan durante la propia situación terapéutica son consideradas un contexto de aprendizaje tan relevante como cualquier otro, al convertirlo en un entorno representativo del contexto habitual del paciente.

3.3 Fundamentos teóricos de la terapia cognitivo conductual

Con la guía analítica de destacados profesionales como Albert Ellis y la Terapia Racional Emotiva Conductual, el modelo cognitivo se ha ido moldeando.

Esta terapia señala que los pacientes adquieren esquemas y formas de razonamiento, control sobre sus pensamientos, acciones y conductas, interactuando, pretendiendo llegar a conocer las cogniciones y creencias.

Dos puntos de vista dieron origen a la Psicoterapia Cognitivo-Conductual, del Psicoanálisis y por parte de los representantes conductistas; pero destaca Kelly (1995 en Weishaar, 1993), primer teórico cognitivo, dando el enfoque hacia la persona y la terapia desde el punto específicamente cognitivo (Weishaar, 1993). Originalmente, los exponentes de la Psicoterapia Cognitiva, provenían del Psicoanálisis, destacan Ellis (1962) y Beck (1967), quienes se separaron de este modelo pues no obtenían evidencia empírica que fuera relevante ni resultados a favor en el trabajo clínico.

Es por esto por lo que la Psicoterapia Cognitiva se acentuó en la comprobación, validación e investigación de teorías y especialmente en su práctica. Ellis, por su lado, desarrolló la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), acá todos sus componentes se toman en cuenta, acá lo que revolucionó, fue la actitud del terapeuta, que debía ser activa y directiva, ya no más escucha pasiva con diálogo con el paciente, debatiendo o cuestionando los pensamientos distorsionados, en donde se creía que eran los que determinaban los síntomas.

Beck en su libro, clásico, “Terapia Cognitiva de la Depresión” (2006), narra cómo desde sus inicios cuestiona los datos teóricos del Psicoanálisis, y muestra sus investigaciones con pacientes deprimidos, y el poco éxito de colegas sometidos a largos y sin resultado de tratamientos, en cuanto a las inconsistencias que encontró en los trabajos con pacientes depresivos, menciona él mismo: “Me llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente toda la estructura del psicoanálisis”. Con todo esto desarrolla lo que luego, se transformaría en la psicoterapia más eficaz para tratar la depresión.

Según Beck (2001), se dio el desarrollo de otro modelo que originó la Terapia Cognitivo Conductual, correspondiente a los autores del Conductismo y que al experimentar las limitaciones de este, se incorporaron y ampliaron concepciones. Entre estos autores, destacan

Bandura (1969), Meichenbaum (1969) y Lazarus (1971). Para dejar marca del carácter que integró los dos modelos que confluían, se habla entonces de la Terapia Cognitivo Conductual.

Estos autores aportaron fundamentalmente la inclusión del determinismo bidireccional entre individuo y medio, y en la práctica, la inclusión de técnicas de intervención clínica, como la desensibilización sistemática.

Actualmente la terapia Cognitivo-Conductual se entiende como psicoterapia estructurada, limita el tiempo, se orienta hacia el problema y se dirige a modificar todo lo defectuoso del proceso de información evidente, en trastornos psicológicos, tales como depresión, ahí el terapeuta y el paciente identifican cogniciones distorsionadas derivadas de supuestos o creencias desadaptativas. Dichas cogniciones y creencias se sujetan al análisis lógico y a la comprobación empírica de hipótesis, esto conduce a los pacientes a realinear el pensamiento con la realidad y modificarle utilizando técnicas que se sustentan en la terapia.

3.4 Técnicas del modelo cognitivo conductual

La psicoterapia Cognitivo-Conductual incorpora procedimientos conductuales y cognitivos, según su filosofía de salud mental e intervención. En primera instancia, pretendiendo modificar la conducta por medio de intervenciones directas y en segunda, modificando la conducta y emociones a través de la modificación de evaluación y pautas automáticas del pensamiento. Basada en el principio del aprendizaje, ya que un aprendizaje anterior lleva una conducta determinada, ésta desadaptativa para el momento, y por lo que se vive o el contexto en el que se encuentra el individuo. Se le enseña a reaprender formas de respuesta nuevas ante las situaciones que apremian o a bajar los niveles de malestar o conducta indeseada, se le guía para adquirir conductas adaptativas.

Beck (2001), explica que las técnicas que se denominan cognitivo conductuales porque comparten las siguientes características:

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en lugar de responder a los acontecimientos mismos.
- El aprendizaje tiene como mediador la cognición.
- Algunas formas de cognición pueden evaluarse y registrarse.
- La modificación de la cognición (forma de pensar y de interpretar los acontecimientos) puede modificar la conducta y la emoción.
- Se utilizan tanto procedimientos cognitivos como conductuales para generar cambios.

El objetivo de la terapia cognitiva-conductual es poder delimitar y poner a prueba las creencias falsas y los supuestos desadaptativos. Las técnicas del modelo cognitivo conductual demuestran en la actualidad ser precisas, manifiestan eficacia y son útiles en el tratamiento de trastornos emocionales; las técnicas operantes van a implicar el uso ordenado de estímulos que llevan a una acción y provocan una consecuencia con el fin de alterar la probabilidad de realizar una conducta, generalmente la aplicación de las mismas supone la participación de individuos que tienen relación con el paciente para un mejor rendimiento del proceso.

3.4.1 Técnicas operantes

Los principios del condicionamiento operante describen la influencia de los diferentes estímulos y acontecimientos ambientales en la conducta. Se consideran antecedentes aquellas situaciones en las que ocurren estímulos y acontecimientos ambientales (antecedentes y consecuencias) en la conducta. Se consideran antecedentes aquellas situaciones en las que ocurre una conducta particular; las consecuencias son el impacto que tiene la conducta sobre las relaciones sociales, u otros resultados en relación con el otro entorno. Contingencia es el término que se utiliza para describir las relaciones probabilísticas entre la conducta, sus antecedentes y sus consecuencias.

Ruíz, Díaz & Villalobos (2012), afirman:

Los principios básicos que caracterizan las relaciones entre las conductas y los sucesos ambientales del modelo de condicionamiento operante son:

- Reforzamiento: presentación de un estímulo positivo o retirada de un estímulo negativo, después de una respuesta, que a consecuencia de ello incrementa su frecuencia o probabilidad.
- Castigo: Presentación de un estímulo negativo o retirada de un estímulo positivo después de haber sido emitida una respuesta que a consecuencia de ello reduce su frecuencia o probabilidad.
- Extinción: dejar de reforzar una conducta previamente reforzada a consecuencia de lo cual disminuye su frecuencia o probabilidad.
- Control de estímulos: reforzamiento de conducta en presencia de un estímulo pero no en presencia de otros. En el primer caso se incrementa la respuesta en el segundo decrece. (p.157)

En estos principios se sustentan las técnicas operantes que se adecuarán en función del efecto conductual a seguir.

3.4.1.1 Técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de conductas

Para mantener e incrementar conductas, se aplica el reforzamiento como parte de un procedimiento. A continuación se describen los principios básicos del condicionamiento operante.

Cuadro No. 2
Principios básicos del condicionamiento operante

Principio	Procedimiento y efecto sobre la conducta
Reforzamiento	Presentación de un estímulo positivo o retirada de un estímulo negativo, después de una respuesta, que a consecuencia de ello incrementa su frecuencia o probabilidad.
Castigo	Presentación de un estímulo negativo o retirada de un estímulo positivo después de haber sido emitida una respuesta que a consecuencia de ello reduce su frecuencia o probabilidad.
Extinción	Dejar de reforzar una conducta previamente reforzada, a consecuencia de lo cual disminuye su frecuencia o probabilidad.
Control de estímulos	Reforzamiento de una conducta en presencia de un estímulo pero no en presencia de otros. En el primer caso se incrementa la respuesta, en el segundo decrece.

Fuente Ruíz, Díaz & Villalobos (2012)

Ruíz, Díaz & Villalobos (2012), indican que el reforzamiento positivo se da cuando la conducta se incrementa al presentar un estímulo agradable o gratificante, consecuencia de realizarla. Reforzador positivo no es sinónimo de premio o recompensa; al reforzar, se debe incrementar la conducta, por el contrario, el premio no necesariamente hará que se repita la respuesta. Se habla de reforzamiento negativo cuando es más probable que la conducta se repita cuando no haya estímulo aversivo luego de realizar la conducta. Es decir, cuando el individuo da una respuesta, y ésta elimina el estímulo aversivo que estaba presente, la ocurrencia futura de la respuesta se incrementará.

3.4.1.2 Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas

Los procedimientos operantes que están basados en manejo de consecuencias se centran en incrementar, reducir y mantener conductas existentes. Pero para el aprendizaje se debe instaurar conductas simples o complejas no encontradas en el inventario habitual del paciente. Para Ruíz, Díaz & Villalobos (2012), se instauran las siguientes conductas con lo que se señala a continuación:

- **Moldeamiento:** reforzar aproximaciones hacia la conducta meta. El refuerzo inicial de las aproximaciones continuas, se dan con respuestas o conductas componentes de la respuesta final, como con respuestas semejantes a algún componente. Reforzando aproximaciones sucesivas se alcanza la conducta meta. El moldeamiento se usa para establecer conductas simples o acciones complejas.
- **Encadenamiento:** adquirir conductas nuevas, o incrementar las respuestas presentes elementalmente, en la colección de comportamiento de un individuo. Funciona como secuencia de conductas, logra un cambio; se da en cualquier ambiente o situación que da marcha a diferentes conductas para aproximar a la conducta final.
- **Instigación / Atenuación:** la instigación guía para enseñar conductas que a través de aproximaciones sucesivas o encadenamiento, resultaría difícil de adquirir. A través de señales, instrucciones, gestos, direcciones, ejemplos y modelos, se desarrolla fácilmente una conducta. Instigar lleva al inicio de una respuesta y su acción, sirve de estímulo antecedente.

3.4.1.3 Técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas

Ruíz, Díaz & Villalobos (2012) mencionan tres procedimientos para eliminar conductas:

- Reforzamiento diferencial de otras conductas: para eliminar o reducir conductas, se debe evitar reforzarlas, y en su lugar reforzar conductas alternativas. Existen tipos de reforzamiento diferencial de otras conductas:
 - Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles: refuerza la conducta incompatible con la conducta a eliminar, al incrementar su frecuencia de emisión, se reduce la conducta problema.
 - Reforzamiento diferencial de conductas alternativas: al no encontrar compatibilidad entre respuestas y la conducta problema, se da el reforzamiento diferencial.
 - Reforzamiento diferencial de conductas funcionalmente equivalentes: refuerza conductas alternativas a la conducta que da el problema para alcanzar los mismos objetivos de manera adaptativa, para reducir la frecuencia de conductas indeseables.
- Extinción: define que las conductas se mantienen de consecuencias, así si la conducta deja de tenerlas, dejará de presentarse. La extinción deja de reforzar una conducta que se reforzaba. Los procedimientos se dan con conductas que son mantenidas por reforzamiento positivo, aunque permite la reducción de conductas mantenidas con refuerzo negativo.
- Castigo: se refiere a reducir en el futuro la frecuencia de una conducta, luego que al presentarse un estímulo aversivo, se retira el estímulo positivo a la conducta. A pesar de representar una prevención, se presenta de manera habitual en la vida cotidiana; se utiliza para extinguir una respuesta no deseada.
- Sobrecorrección: se da adicional, para reducir conductas en las actividades; es una penalización a la conducta o acción inadecuada, con dos componentes: restitución, que es corregir efectos negativos que deja la conducta desadaptada; y la práctica positiva, consistente en repetir de manera exagerada una conducta adaptativa apropiada.

3.4.2 Técnicas de exposición

Ruiz, Díaz & Villalobos (2012) afirman:

El origen de las técnicas de exposición se da en el contexto de la primera generación de la terapia de la conducta, y tiene que ver, en gran medida, con el desarrollo y aplicación de la técnica de desensibilización sistemática para el tratamiento de la ansiedad y el miedo clínicos. Este enfoque mostró que la confrontación directa con el estímulo temido o señales de éste, era tan eficaz como la desensibilización unida a la relajación. (p. 194)

La exposición supone contactar al individuo con el estímulo, para lograr habituarle con él, extinguir la respuesta de miedo y proveer de oportunidades de nuevos aprendizajes relacionados con dicho estímulo. Según Ruíz, Díaz & Villalobos (2012), la evidencia empírica demuestra que la exposición sistemática y continua al estímulo temido, dará la reducción gradual de la respuesta de miedo o ansiedad, y así facilitará la disipación de la conducta de escape, tras la respuesta. Estas intervenciones de exposición se dan en dos casos:

- Pacientes ansiosos, independientes, con o sin criterios de trastornos de ansiedad.
- Pacientes con conducta de evitación o escape, con impacto negativo en su vida.

Reducir el miedo y ansiedad, es el éxito de las técnicas de exposición. En los modelos conductuales clásicos, se establece que la exposición logra reducir la ansiedad a largo plazo, dando procesos de extinción y habituación, hacia el aumento y acceso a situaciones reforzantes y descenso de conductas de evitación.

Según Sarason & Sarason (2006), explican que existen 3 terapias de exposición que se detallan a continuación:

- Desensibilización sistemática: se usa una jerarquía de estímulos, de menos a más atemorizantes; solo cuando el paciente se acomoda a un nivel de estímulos de miedo, se

presentará el siguiente nivel, más fuerte. Luego que el paciente se relaja, se le da una serie de estímulos, desde ligeros hasta intensos, según su capacidad para lograr ansiedad. Al mantener un estado de relajación permanente, la terapia continuará con estímulo siguiente según la jerarquía.

- Terapia implosiva: el terapeuta controla la exposición a la recreación imaginaria de situación compleja, de temor y gran intensidad. Basada en la creencia de que muchas condiciones son consecuencia de experiencias de dolor previas. Es importante recrear sin dolor, para que sean olvidadas. Es en este momento donde el terapeuta aumenta el realismo y ayuda a eliminar la ansiedad, y así el paciente adquiere conductas maduras. Se utilizan métodos e ideas de teorías conductual y psicodinámica.
- Exposición in vivo: se conduce gradualmente, desde niveles bajos del estímulo, o rápidamente con exposición inmediata y prolongada del paciente a estímulos intensos. Se conoce como inundación. La exposición se da en un ambiente real y no solo en la imaginación del paciente.

El modelo Cognitivo Conductual enseña a las personas cómo la dinámica de sus emociones, conductas y pensamientos tienen una relación, es por eso que en terapia se trabaja en todas estas áreas en busca de un cambio en el comportamiento; esta terapia considera que cada persona tiene la responsabilidad en los procesos que le perjudican en su vida y que puede tomar el control sobre ellos.

Este modelo toma en cuenta situaciones pasadas, sin embargo se orienta en el presente, queriendo alcanzar objetivos que sean reales y concretos, logrando que las personas durante su proceso terapéutico comprendan mejor sus experiencias vitales y cómo éstas influyen en sus respuestas emocionales, conductuales y cognitivas. La terapia Cognitivo Conductual se ha vuelto en la actualidad la orientación psicoterapéutica con mejores resultados tanto en el tratamiento de trastornos psicológicos como en el mejoramiento en habilidades de las personas, desarrollando el potencial y la calidad de vida de las mismas.

Entrenamiento en habilidades sociales

Las personas que se dedican al cuidado de otras personas de la tercera edad, generalmente se desgastan en las áreas de emoción, física y social, debido a que dedican la mayor parte del tiempo a concentrarse en que el adulto mayor se sienta cómodo en las mismas áreas, por lo que se olvidan de sí mismas. Los modelos de terapia permiten ejercitar y desarrollar esas áreas a nivel personal para encontrar soluciones a conflictos a los que puedan enfrentarse en su actividad diaria. Permite de manera práctica y dinámica, orientar al cuidador en su presente y sus emociones, cambiar sus formas de ver las situaciones que le puedan afectar en su familia y grupo social, para permitirse la adaptación a diversas situaciones.

Se debe evaluar el entrenamiento en habilidades sociales que le permita al cuidador desenvolverse de manera que sus acciones y actitudes promuevan las respuestas positivas y la retroalimentación en doble vía para el desenvolvimiento adecuado de las personas dentro del ambiente en que viven diariamente. Son varias áreas que deben tomarse en cuenta en el entrenamiento de habilidades sociales para descargar el área emocional de los cuidadores que están a cargo de las personas de la tercera edad y que sean socialmente hábiles y competentes.

4.1 Fundamentos teóricos del entrenamiento en habilidades sociales

Entrenar en habilidades sociales, permite la integración de un tratamiento cognitivo conductual, aplicando técnicas que tienen como objetivo, mejorar la calidad de relaciones interpersonales, de comunicación y de relaciones. La deficiencia en las habilidades sociales, se asocia a diversos problemas emocionales y de desadaptación. Se asocia el déficit de habilidades sociales y problemas de aislamiento social, fracaso escolar y delincuencia en infancia y adolescencia. En adultos, se asocia a problemas de aislamiento, depresión, ansiedad social o problemas de pareja o dificultad para establecer relaciones íntimas.

Actualmente es un procedimiento de intervención que se utiliza de manera amplia, pues por un lado, recae directamente en todas las áreas de desarrollo de las personas, y por otro, no hay competencia social para un déficit central o por ser base de trastornos psicológicos. Originalmente, el entrenamiento en habilidades sociales se vincula a trabajo de diversos autores de los años 30, quienes señalaban la influencia en la conducta social de niños, como la búsqueda de aprobación, responsabilidad, simpatía o conducta socialmente adecuada o inadecuada. A partir de los años 50, surge el entrenamiento en habilidades sociales, visto como procedimiento de intervención que se une a la terapia conductual.

En 1949 Salter elabora un trabajo llamado *Conditioned reflex therapy* (Terapia de los reflejos condicionados); a partir de esta publicación, a Salter se le considera uno de los padres de la terapia conductual; en su libro muestra dos tipos de personalidad: Inhibitoria y Excitatoria. Se deja influir por la concepción pavloviana, al referirse a la capacidad del individuo para expresar emociones en mayor o menor dificultad respectivamente. Salter sugiere que el déficit de expresión emocional de las personas con problemas de relaciones sociales podría predominar en los procesos inhibitorios.

Para refutar los procesos inhibitorios, propone el tratamiento psicológico usando técnicas de role-playing para potenciar los efectos excitatorios y que impulse la expresión verbal de emociones, expresión facial de emociones, uso deliberado de la primera persona al hablar, recibir cumplidos o halagos, expresar desacuerdo, improvisar y actuar de manera espontánea. Wolpe utilizando ideas de Salter en 1958, publica "Psicoterapia por inhibición recíproca" dando por primera vez el término "asertividad" y la inhibición de ansiedad en las relaciones interpersonales asertivas. Por veinte años, se consideró la asertividad sinónimo de habilidad social, y en varios estudios, textos y libros de divulgación, construyendo varios instrumentos de medición para evaluarla. Aun así muchos propusieron usar el término de habilidades sociales, considerando que engloba más aspectos y no solo la asertividad.

4.2 Definición del entrenamiento en habilidades sociales

Se ha dificultado el definir qué es una conducta socialmente habilidosa. Se le han atribuido varias definiciones, sin llegarse a un acuerdo final, acerca de lo que constituye realmente. Meichenbaum, Butles y Grudson (1981) afirman que por la dependencia del contexto, que se encuentra en constante cambio, es casi imposible desarrollar la competencia social.

La habilidad social debe tomarse dentro del marco cultural que le determina, así como los patrones de comunicación, que varían según culturas, y aún dentro de la misma, tomando en cuenta elementos como edad, sexo, clase social y educación. La eficacia que una persona muestre en determinada situación, dependerá de lo que ella desee lograr en ese momento.

Una conducta apropiada, podrá ser inapropiada en otra; acarreado sus actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y su estilo personal de interactuar. Es claro que no puede existir un criterio único de habilidad social, pero todos de manera intuitiva, parecemos conocer a qué se refieren las habilidades sociales. Experimentalmente, se demuestra que es probable que ciertas conductas logren un objetivo específico, una respuesta competente sería aquella que logra la aceptación de los demás, y ser apropiada para una persona en una situación en especial. Así, no existe una forma correcta de comportarse universalmente, sino más bien, una serie de diferentes enfoques variados totalmente en una misma situación, o el actuar de la persona diferente en dos situaciones semejantes, y considerarse las respuestas en el mismo nivel de habilidad social.

Según Caballo (2007), afirma tres tipos básicos de consecuencias:

- La eficacia para alcanzar objetivos de la respuesta (eficacia en los objetivos)
- La eficacia para mantener o mejorar la relación con la otra persona en la interacción (eficacia en la relación)
- La eficacia para mantener la autoestima de la persona socialmente habilidosa (eficacia en el respeto a uno mismo). (p. 4)

Para Caballo (2007), los objetivos variarán en su valor esencial, según el tiempo, situaciones y actores. De igual forma, contenido y consecuencias de las conductas interpersonales se tomarán en cuenta en cualquier definición de habilidad social; iniciando con la vaga idea de lo que constituya en sí, el contenido de la habilidad de la conducta social, evaluando las consecuencias para alcanzar la estimación del grado de la habilidad social. En términos generales se espera que estas habilidades de la conducta social produzcan refuerzos positivos más presentes que el castigo.

Caballo (2007) define la conducta socialmente habilidosa en una serie de definiciones que logra recabar de diferentes autores:

- La capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por los demás. (Libet y Lewinsohn)
- La conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos. (Rimm)
- La habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso al castigo. (Rich y Schroeder)
- La capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una pérdida de reforzamiento social. (Hersen y Bellack)
- La expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad. (Wolpe)
- La conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás. (Alberti y Emmons)
- El grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta estos derechos, etc. con los demás en un intercambio libre y abierto. (Phillips)

- Un conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están bajo el control del individuo. (Hargie, Saunder y Dickson)
- Un conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente. (Kelly)
- Una persona puede considerarse socialmente inadecuada si es incapaz de afectar a la conducta y a los sentimientos de los demás en la forma en que lo intenta y la sociedad lo acepta. (Trower, Bryant y Argyle) (p. 6)

4.3 Tipos de habilidades sociales

Las habilidades sociales establecen el amplio rango de competencias agrupadas en distintas categorías que se relacionan entre sí. Se resaltan las siguientes:

Habilidades conductuales: son las conductas que se manifiestan en los diversos tipos de interacciones sociales. Se destacan estos componentes conductuales:

- No verbales: mirada, sonrisa, gestos, orientación, entre otros.
- Paralingüísticos: la voz (volumen, tono), tiempo de habla, perturbación del habla, entre otros.
- Verbales: discurso, por ejemplo, manifestación de aprecio, auto-revelaciones, halagos, acuerdo, desacuerdo, etc.
- Mixtos: elementos de componentes anteriores, podría ser tomar la palabra, elegir momento apropiado, ceder la palabra, entre otros.

Habilidades cognitivas: se refieren a la manera en que las personas seleccionan las situaciones, estímulos acontecimientos y cómo se perciben, construyen y evalúan los procesos cognitivos. Dentro de los últimos se especifican estos:

Percepciones sobre ambientes de comunicación: estos ambientes de desarrollo de la persona cuentan con características generales y específicas que en la interacción determinarán el ajuste de la conducta con habilidades sociales. Poder percibir adecuadamente estos ambientes, y a partir de ello poder formular respuestas adecuadas, forman el elemento esencial de la habilidad social. Las diferencias entre edad, sexo y cultura demuestran la relevancia al percibir los ambientes sociales y muestran las variaciones en el ajuste de la conducta social competente.

Variables cognitivas del individuo: incorporan estrategias y habilidades que se relacionan con:

- Competencias cognitivas: es la capacidad para construir de manera activa, conductas de habilidad adaptativa. Incluyen conocimiento de la conducta hábil adecuada, costumbres sociales, diferentes señales de respuesta, empatía y resolución de problemas.
- Estrategias de codificación y constructos personales: forma de codificar y seleccionar secuencias conductuales, que influyen de manera notable en lo aprendido y que permite ejecutarse.
- Expectativas: predicciones sobre las consecuencias de las conductas.
- Valores subjetivos de los estímulos: de ellos dependen las conductas sociales. Cada persona se comporta y percibe las relaciones en función de sus valores, así una persona valora la atención y los detalles al interactuar socialmente y otra podría ser insensible a las manifestaciones.
- Planes y sistemas de autorregulación: esto permite influir en el ambiente de manera conveniente ante una situación.
- Es posible seleccionar de manera activa las situaciones a las que se expone la persona, con sentido favorable hacia el propio ambiente. Incluye elementos como autoinstrucciones adecuadas, autoobservación apropiada, autoestima, entre otros.

Cambios fisiológicos: son las reacciones implícitas en las situaciones que requieren interacción social. Se investigan más: la presión sanguínea, flujo sanguíneo, respuestas electrodermales, respuestas electromiográficas y respiración.

Independientemente de las categorías en las que se puedan agrupar en términos generales las habilidades concretas que suelen entrenarse en los programas, dependiendo del déficit de las personas a las que va dirigido el entrenamiento son:

- Iniciar y mantener conversaciones
- Hablar en público
- Expresión de amor, afecto y agrado
- Defensa de los propios derechos
- Petición de favores
- Rechazar peticiones
- Hacer cumplidos
- Aceptar cumplidos
- Expresión de opiniones personales, incluido el acuerdo
- Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
- Disculparse o admitir ignorancia
- Petición de cambios en la conducta del otro
- Afrontamiento de las críticas

4.4 Técnicas del entrenamiento en habilidades sociales

Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), mencionan que desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje social, las habilidades sociales son aprendidas y muestran diferentes mecanismos que se explican desde su adquisición y mantenimiento. Destacan:

- Reforzamiento positivo: gracias a las consecuencias que refuerzan, las conductas sociales se ejecutan y mantienen a lo largo del desarrollo de la persona. En la primera infancia, aprende de manera rápida las conductas que atraen consecuencias positivas del ambiente, y conductas como sonreír, balbucear y la adquisición de habilidades motoras, producen las respuestas físicas y de atención de los mayores.

Más adelante, la colección de conductas interpersonales se va elaborando, variando y haciendo verbal. Conforme se van dando diversas situaciones sociales, se estimulan consecuencias positivas en el niño y luego al adulto, que se reforzarán e incluirán en su inventario personal.

- Experiencias de aprendizaje vicario u observacional: formulado por Bandura, aporta que la adquisición de habilidades no requiere realización directa de la conducta. Observar un modelo, exhibe cierta conducta, para luego ejecutarla, este es un mecanismo que explica la adquisición de habilidades sociales, desde su fundamento.
- Retroalimentación interpersonal: socialmente la retroalimentación es la información de que otra persona nos comunica y reacciona a nuestra conducta. Cuando es positiva la retroalimentación, fortalecerá los aspectos de conducta social y cognitivos; si fuera negativa, debilitará los aspectos de la conducta. La retroalimentación mantiene y moldea la conducta social, constituyendo otra técnica para entrenar las habilidades sociales.
- Desarrollo de las expectativas cognitivas con respecto a las situaciones interpersonales: son creencias o predicciones acerca de la probabilidad que se percibe ante el éxito y una determinada situación. Según Rotter (1954), un predictor de la conducta social, es la expectativa cognitiva del sujeto, ante el desenvolverse exitosamente en cierta situación. Según esta formulación, una persona estará en capacidad de mostrar habilidades necesarias para darle frente a la situación efectivamente, según el desarrollo de experiencia en la expectativa cognitiva y tener la capacidad de lograrlo. También hace notar la noción del valor subjetivo de un reforzador que funcione en la persona que lo emitirá o no, según la conducta que le conduzca a él. Bandura (1987) expone la autoeficacia y sus expectativas al señalar que determinan si la persona se expone o no a ciertas situaciones sociales, relacionado a su forma de pensar para afrontarlas.

4.5. Proceso de entrenamiento en habilidades sociales

Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), afirman que al iniciar un programa de entrenamiento en habilidades sociales es importante asegurarse de:

- El cliente comprende los principios básicos de la conducta socialmente apropiada.
- Que el cliente se encuentre preparado para llevar a cabo el programa de entrenamiento.
- Los intentos del cliente de llevar a cabo la conducta apropiada aunque sea precarios serán reforzados.

Se han valorado suficientemente los posibles cambios que se pueden producir en el entorno del cliente al llevar a cabo la nueva conducta aprendida. (p. 300)

Un entrenamiento en habilidades sociales efectivo, requiere el trabajo en:

- Entrenamiento en habilidades propiamente dicho: entrenar conductas específicas enseñadas, practicadas e integradas al individuo.
- Reducción de la ansiedad: se refiere a la reducción del grado de ansiedad en situaciones sociales de problema, para que no interfieran en el aprendizaje. Se debe entrenar en relajación, desensibilización sistemática que podría llevar a la conducta más adaptativa para reducir la ansiedad.
- Reestructuración cognitiva: necesidad de modificar creencias, cogniciones y actitudes presentes al entrenarse y que pueden intervenir negativamente. Se pueden aplicar técnicas cognitivas como entrenamiento autoinstruccional o cambio de creencias. Al adquirir una conducta socialmente competente, se puede dar naturalmente la reestructuración cognitiva necesaria.
- Entrenamiento en solución de problemas: entrenar para la percepción correcta de parámetros en las situaciones que sean relevantes para el proceso de valores y así general respuestas potenciales, y de ellas seleccionar una para enviarla de manera que se logre el objetivo que se desea en la comunicación interpersonal.

4.6. Método de intervención en el entrenamiento en habilidades sociales

En el entrenamiento en habilidades sociales, según Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), al igual que el resto de las intervenciones cognitivo conductuales, se requiere de una evaluación, esta se suele llevar a cabo mediante varios procedimientos combinados.

Entrevista

Suele constituir el inicio de toda evaluación y en ella se pueden observar las características de la conducta social del sujeto que también podrá identificar sus déficits. Debido a que la propia situación de la entrevista es una situación de interacción, se puede también observar el comportamiento del paciente en cuanto a elementos tales como el contacto visual, la postura, el volumen de la voz, la fluidez del discurso, etc.

Instrumentos de auto informe

Los cuestionarios de auto informe son uno de los procedimientos más utilizados para evaluar los déficits en habilidades sociales por la relación coste-efectividad en comparación con otros procedimientos de evaluación. Hoy en día existen numerosos cuestionarios de evaluación de habilidades sociales con buenas propiedades psicométricas.

- Medidas de habilidad social: escalas e inventarios que recogen la frecuencia con que se realiza la conducta social, grado de malestar y la capacidad para enfrentarse a determinadas situaciones, así como el grado de dificultad que tienen para el sujeto.
- Medidas de ansiedad social: Instrumentos que miden la ansiedad y la evitación de situaciones sociales.
- Medidas de las cogniciones: se trata de pruebas que evalúan el grado de temor a las evaluaciones negativas de los demás y la frecuencia de autoverbalizaciones positivas y negativas.

Informe de otras personas

Las personas significativas para el paciente (familiares, amigos, etc.) constituyen un importante fuente de información sobre su comportamiento social inadecuado y las situaciones donde lo muestra. Para escoger esta información es aconsejable formular a las personas relevantes preguntas concretas sobre los aspectos de la conducta observables y delimitados con el fin de recoger información útil y centrada en la conducta o conductas problemáticas.

Auto-observación y registro

La observación del paciente de su propia conducta es uno de los elementos fundamentales para que tome conciencia de su funcionamiento y mantenga la motivación para el cambio. Se debe delimitar la conducta a observar y seleccionar el procedimiento de registro.

Observación

La observación puede llevarse a cabo en dos tipos de situaciones:

- Observación en situaciones naturales: tanto preparadas como no preparadas la realizan otras personas, tales como expertos, cuidadores, etc.
- Observación en situaciones artificiales: se elaboran situaciones simuladas que reproducen situaciones reales en las que el paciente ha de mostrar sus conductas sociales. En general se utilizan pruebas estructuradas de interacción breve y/o extensa. La estructura de interacción breve consiste en la representación de papeles y en ella se describe la situación, el colaborador hace un comentario y el sujeto responde. La prueba semiestructurada de interacción extensa o interacciones simuladas parecidas a las que suceden en la vida diaria.

Una vez realizada la evaluación se comienza a aplicar el entrenamiento que se desarrolla según las siguientes etapas que no siguen un orden estricto y que pueden entrenarse simultáneamente.

4.7. Componentes básicos del entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales incluye varias técnicas y procedimientos de intervención dependiendo del problema de habilidades a los que va dirigido el entrenamiento. No obstante, todos los programas suelen incluir siete componentes básicos.

Justificación e instrucciones del entrenamiento, modelado, ensayo de la conducta, feedback, reforzamiento, asignación de tareas y estrategias de generalización. Adicionalmente, se suelen incluir técnicas dirigidas a la generalización de las habilidades adquiridas a distintos contextos diferentes a los que se ha llevado a cabo el entrenamiento.

Justificación e instrucciones: Una vez se ha determinado en la evaluación cuáles será las habilidades específicas por entrenar se suele comenzar explicando por qué es importante tener habilidades sociales y de comunicación, cuáles son las básicas y por qué funcionan, centrándose posteriormente en cada una de las sesiones a explicar la conveniencia y pertinencia del entrenamiento de las habilidades nuevas seleccionadas, así como las instrucciones sobre cómo llevarla a cabo. Si el entrenamiento se está llevando a cabo en grupo, la puesta en común de las opiniones de sus miembros es un elemento fundamental.

Modelado: La mayoría de los programas de habilidades sociales incluyen el modelo como un componente fundamental del entrenamiento. EL propósito del modelado es demostrar cómo se lleva a cabo la habilidad de forma efectiva y cómo no debe realizarse. El entrenamiento en modelado está especialmente recomendado para aquellas personas que les resulta difícil solo con indicaciones hacer o decir algo y se sienten más cómodos viendo cómo o hace o lo dice primero otra persona. Hay varios aspectos del entrenamiento en habilidades sociales que pueden incrementar la efectividad del modelado.

Repetición de la ejecución; adecuada de la habilidad entrenada, bien al ser varios los modelos que realizan la misma conducta o bien presentando a un único modelo que repite varias veces la misma conducta. La presentación de modelos múltiple llevando a cabo la misma conducta puede llevar al cliente a refutar la creencia de que sólo una persona y no otras personas en general, es

capaz de realizar la conducta que le resulta difícil llevar a cabo. La repetición por parte de un único modelo de la conducta permite al cliente refutar la idea de la que la conducta ha sido realizada correctamente por azar.

- La similitud del modelo y el observador: en cuanto a edad y sexo, y otras características personas o de estatus, suelen contribuir a que se facilite la imitación y el aprendizaje.
- La competencia del modelo: influye igualmente en el aprendizaje observacional. En general, aunque depende de la habilidad a entrenar, cuando la conducta la realiza el modelo desde el primer momento sin ningún fallo puede ser menos efectivo que si el modelo comete errores o no la realiza perfectamente y va poco a poco corrigiéndolos.
- Reforzamiento del modelo: si el modelo es reforzado por la realización de la conducta es más probable que se imitado.
- Complejidad de la conducta a modelar: Cuando el entrenamiento en modelado se está llevado a cabo con conductas complejas, es conveniente que se divida la conducta en varios componentes y el modelo los vaya llevado a cabo por separado. Una tarea demasiado compleja dificulta el aprendizaje si su nivel de dificultad es elevado y considera que no podrá alcanzar el nivel de competencia exhibido por él.

Ensayo conductual: El ensayo de conducta podría considerarse el elemento fundamental del entrenamiento en habilidades sociales que permite a los clientes tomar un papel activo en el proceso de adquisición de habilidades. Cuando las conductas apropiadas han sido claramente modeladas, el cliente ha de llevar a cabo la conducta inicialmente mediante role-playing. El objetivo del ensayo conductual es que el cliente practique las conductas adecuadas en un contexto controlado donde pueda ser observado y recibir feedback y reforzamiento.

El ensayo conductual facilita la retención de las técnicas que se están entrenando y favorece un mayor rendimiento que proporcionar únicamente información o demostrar cómo se lleva a cabo la conducta.

Según Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), existen aspectos que hay que tener presentes cuando se lleva a cabo el ensayo de conducta:

- Realizar una conducta determinada en una situación y no trabajar varios problemas a la vez.
- En las sesiones se debe trabajar el problema que se expuso al comienzo de la sesión o en la sesión anterior, no ir variando continuamente.
- Se debe escoger una situación reciente o que se probable que vaya a ocurrir en un futuro cercano.
- Se debe evitar prolongar el ensayo de la conducta más o menos de uno a tres minutos.
- Las respuestas deberían ser tan cortas como sea posible.

Feedback o retroalimentación: para que el entrenamiento mediante role-playing sea efectivo ha de incluir, además de la práctica de la conducta, la retroalimentación sobre cómo se ha llevado a cabo. Esto puede hacerse por el agente que está llevando a cabo el entrenamiento, los miembros del grupo si es el caso, o también mediante la grabación de la conducta realiza. Se puede feedback positivo, negativo, descriptivo, corrector y auto-revelador. El Feedback más conveniente realizar después de la realización de la conducta es en primer lugar el positivo y posteriormente el correcto, el que se señalan los aspectos mejorables de la conducta realizada.

Reforzamiento: casi todos os estudios de manejo de contingencias y habilidades sociales han demostrado la importancia del refuerzo en el incremento de conductas sociales y mayor arraigo cuanto más se refuercen, al menos en las primeras fases de adquisición. Sin embargo, cuando el objetivo de habilidades aprendidas se ha mantenido por largo tiempo, el refuerzo intermitente es más apropiado. En general se refuerza el aprendizaje utilizado la felicitación o alabanza verbal signos de aprobación como el aplauso, la sonrisa, etc.

Asignación de tareas para la casa: se realiza cuando se ha alcanzado en el entrenamiento llevado a cabo en las sesiones un nivel mínimo de competencia o habilidad que permita obtener algún

éxito en la tarea a realizar. Las tareas que se programan para casa van de mayor a mayor dificultad.

Estrategias de generalización: la generalización se refiere a la realización de la conducta adquirida en condiciones o situaciones distintas a las que se llevó a cabo el entrenamiento. Lo que se pretenda con estas estrategias es que, por una parte, se mantengan las habilidades aprendidas una vez finalizados el entrenamiento, y por otro lado que sus resultados se generalicen a otras situaciones interpersonales, contextos diferentes y ante personas diferentes.

4.8 Aplicación del entrenamiento en habilidades sociales con el equipo de cuidadoras en el Hogar Margarita Cruz Ruíz

Cuadro No. 3

Planificación del entrenamiento en habilidades sociales en el Hogar Margarita Cruz Ruíz

Justificación	Problemas identificados	Objetivo	Tipos de evaluación
Por ser comportamientos que las personas muestran en situaciones de interacción social, las habilidades sociales constituyen respuestas específicas a las exigencias que plantean las situaciones, esto hace necesario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad para expresar sentimientos y afecto 2. Baja empatía 3. Conflicto para la resolución de conflictos 4. Dificultad para asignar y seguir instrucciones 5. Autocontrol 	<p>Recoger información individual de los cuidadores para el reconocimiento de los objetivos de trabajo grupal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista: se inicia el proceso con la recolección de datos de los participantes, para observar características específicas de cada cuidador; a la vez conocer los déficits que manifiestan dentro del entorno de trabajo.

<p>desarrollar en las personas, repertorios flexibles y variados de conductas sociales que sustituyan patrones rígidos y uniformes.</p>	<p>Se manifiesta la necesidad de trabajar en un entrenamiento en habilidades sociales para modificar, a través de aprendizajes apropiados a través de un proceso de observación de las personas que ejecutan adecuadamente conductas, luego practicarlas, corregirlas e ir perfeccionándolas y así mismo recibir refuerzo y práctica, lo más posible en situaciones varias y reales.</p>		<p>2. Escala de Habilidades sociales (HH.SS) de Goldstein. Con esta escala de evaluación se buscó recolectar información y averiguar la frecuencia de aparición de ciertas conductas sociales y los grados de malestar que pueda causar en los cuidadores. La experiencia para los cuidadores de responder este tipo de cuestionario se percibió tensa y complicada porque se pidió sinceridad, por ser cuestiones relacionadas con las actividades que realizan a diario.</p> <p>3. Inventario de</p>
---	--	--	--

			<p>Ansiedad de Beck (BAI). Este instrumento se seleccionó para medir los niveles de evitación y ansiedad a situaciones o lugares, y cómo esto puede afectar su vida social.</p>
--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia (2018)

4.8.1 Técnicas utilizadas en el entrenamiento en habilidades sociales

Cuadro No. 4

Objetivos, técnicas y recursos utilizados en el entrenamiento en habilidades sociales

Objetivos de las técnicas	Dinámicas de Integración	Aplicación de la técnica
<p>1. Enriquecer las relaciones sociales entre los miembros del equipo de trabajo.</p> <p>2. Romper el hielo entre los integrantes del equipo de cuidadoras.</p> <p>3. Desarrollar competencias de comunicación asertiva, empatía y respeto hacia</p>	<p>5. Encuentra Cosas</p> <p>6. Abrazos musicales</p> <p>7. Dibujo en Común</p> <p>8. Bailes por pareja</p> <p>9. ¿Qué harías?</p> <p>10. ¿Soledad?</p>	<p>En el primer taller las cuidadoras se mostraron indiferentes durante la aplicación de la técnica, no les pareció ser parte de la misma y manifestaron molestia e incomodidad. Se presentaron al taller un número reducido de cuidadoras.</p>

<p>los demás.</p> <p>4. Capacitar en la resolución de problemas y diferencias entre los miembros del equipo de trabajo.</p>		<p>En los siguientes talleres la cantidad de personas aumentó y revelaban entusiasmo y deseo de participación, el objetivo de cada una de las dinámicas se cumplió a cabalidad.</p>
Objetivos	Ejercicios de respiración	Aplicación de la técnica
<p>1. Ejercitar el control de la respiración en situaciones estresantes y ansiedad.</p>	<p>1. Inspiración abdominal</p> <p>2. Espiración</p> <p>3. Respiración completa</p>	<p>Durante la realización de la técnica las cuidadoras evidenciaban dificultad para concentrarse, según fueron ejercitando la respiración durante los talleres, lograron tener control de su cuerpo y utilizar este recurso para situaciones provoca niveles altos de ansiedad.</p>
Objetivos	Imaginación guiada	Aplicación de la técnica
<p>1. Ejercitar técnicas que</p>	<p>1. El tren.</p>	<p>Las cuidadoras por</p>

dirijan los pensamientos hacia sugerencias de la persona hacia la relajación y concentración.	<ol style="list-style-type: none"> 2. El reloj 3. Buscando mi lugar seguro. 4. Naturaleza 5. La playa y el bosque 	<p>medio de esta técnica encontrar momentos de relajación y paz según las afirmaciones que se realizaron después de cada ejercicio.</p> <p>Aprendieron a relajarse y tomar un tiempo para ellas.</p>
Objetivos	Modelado	Aplicación de la técnica
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar estrategias para descubrir las emociones propias y la de los demás. 2. Desarrollar habilidades que permitan generar emociones positivas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Banco emocional 2. Registro de emociones y actitudes 	<p>Este ejercicio se practicó durante dos semanas en las cuales las cuidadoras ensayaron habilidades sociales dentro de su ámbito de trabajo como la empatía, autoestima, relacionarse con los demás, autocontrol, etc.</p>
Objetivos	Ensayo Conductual	Aplicación de la técnica
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las fortalezas de los miembros del equipo. 2. Reforzar las habilidades del equipo de trabajo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resolver un problema en equipo. 2. Seguimiento de instrucciones. 3. ¿Cuándo no está el líder a quién se debe seguir? 	<p>Durante esta actividad el grupo manifestó dificultades para organizar y ocuparse de cada rol que le correspondía, sin</p>

	4. Expresar lo que se piensa de manera asertiva	embargo a pesar de las diferencias en ideas, pensamientos, creencias, etc. lograron realizar un trabajo preciso y funcional.
Objetivos	Retroalimentación	Aplicación de la técnica
1. Reforzar conductas positivas que han mostrado las cuidadoras durante el entrenamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elogios 2. Felicitaciones 3. Banco emocional y las consecuencias positivas del mismo 4. Mesa redonda 	Se hizo una retroalimentación de carácter correctivo para resaltar actitudes dentro del equipo que podrían mejorar como: miradas, gestos, empatía, entre otros. Durante la retroalimentación se señaló la capacidad de compromiso de cada participante con las actividades y tareas que había que hacer.
Objetivos	Asignación de tareas	Aplicación de la técnica

1. Experimentar en diferentes entornos, con las conductas aprendidas durante el entrenamiento en habilidades sociales.	2. Autorregistro de conductas diarias.	Se programó un Autorregistro con algunas conductas para que desarrollaran durante un período de 1 semana para que dentro de su entorno familiar pudieran practicar dentro de un entorno familiar y socialmente conocido.
Objetivo	Encuesta	Aplicación de la tarea
1. Evaluar la satisfacción personal que experimentaron las cuidadoras en relación a su trabajo en el Hogar.	1. Encuesta personal	Se elaboró una tabla con preguntas a las que solo debían contestar Sí o No en relación a la satisfacción al realizar ciertas actividades o algunas situaciones específicas dentro de su trabajo diario. Se le solicitó a cada persona responder de manera honesta para que tuviera resultado la evaluación.

Fuente: Elaboración propia (2018)

Finalmente se aplicó una encuesta a 15 miembros del equipo del Hogar Margarita Cruz Ruiz, 7 son cuidadoras con experiencia en cuidados geriátricos y 8 son enfermeras auxiliares con estudios

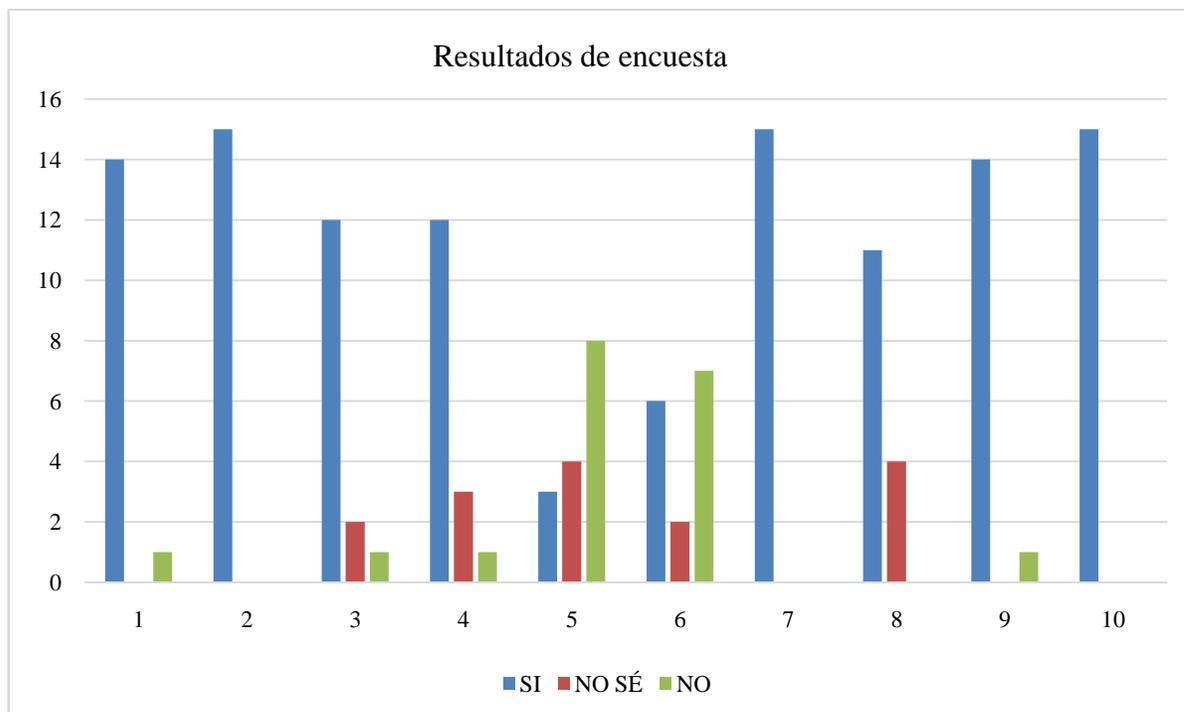
certificados en cuidados geriátricos. El fin de la encuesta era indagar sobre el nivel de aceptación de las tareas asignadas, la comodidad con los recursos y tiempo de trabajo, entre otras situaciones.

Cuadro No. 5
Resultados de encuesta

Resultados de encuesta				
		Si	No sé	No
1	El área donde trabajo facilita la realización de mis tareas	14	0	1
2	Me gusta trabajar con personas mayores	15	0	0
3	Me gustaría trabajar con personas de otras edades	12	2	1
4	Cuando realizo mi trabajo cuento con todo el material necesario	12	3	1
5	Me enojo con facilidad	3	4	8
6	Me cuesta brindar mi trabajo con amabilidad	6	2	7
7	Soy sensible ante la situación de las personas adultas	15	0	0
8	Me siento aceptado por mi equipo de trabajo	11	4	0
9	Estoy satisfecho con el trabajo que realizo	14	0	1
10	Me agrada trabajar en lo que hago	15	0	0

Fuente: Fuente: Elaboración propia (2018)

Gráfica 1
Resultados de encuesta



Fuente: Elaboración propia (2018)

Se puede observar que en general las cuidadoras se encuentran cómodas con el trabajo asignado y los recursos con los que cuentan. Es interesante notar que 4 personas desconocen si se enojan con facilidad y que 6 no trabajan con amabilidad; estas dos situaciones ponen en riesgo la interrelación entre adulto mayor y cuidador, haciendo difícil la comunicación y aceptación de diferentes conductas, así como el estrés que puede generarles el no poder manejar o diferenciar, las emociones de enojo, decepción o cansancio.

El trabajo en entrenamiento en habilidades sociales ha logrado impactar en las cuidadoras del Hogar manifestado en el trabajo que realizan en cada uno de sus turnos, repercusión positiva en las relaciones interpersonales en el grupo de trabajo, se logra observar una mejor capacidad de resolución de conflictos y fortalecimiento en el área emocional de cada una de las integrantes.

De acuerdo con el proceso que conlleva el entrenamiento en habilidades sociales, se busca que las personas den respuestas positivas a cualquier situación que pudiera generarles estrés, pensamientos negativos o actitudes que les haga formarse ideas erróneas del ambiente o contexto donde se desenvuelve y que pueda afectar sus relaciones interpersonales. El éxito de este proceso va a permitir al cuidador ver situaciones de diferentes formas, y adaptarse de mejor manera a las relaciones interpersonales y lograr una mejor adaptación social.

Conclusiones

El entrenamiento de habilidades sociales permitió la aplicación del modelo cognitivo conductual para mejorar el trabajo en equipo en las cuidadoras y equipo de enfermeras del Hogar Margarita Cruz Ruiz, desarrollaron habilidades primarias que les permitieron desenvolverse de mejor manera al cumplir con sus atribuciones en su lugar de trabajo.

Se mejoraron las relaciones interpersonales a través de la comprensión del concepto de la individualidad de la persona con sus propias habilidades y formas de aprender de otros para ser más funcional en el trabajo diario. A través de técnicas específicas para adaptarse a diversas situaciones, se ejercitó la resolución de conflictos, logrando una mejor comunicación entre el equipo al dar soluciones viables y razonables que les permitieran estabilidad emocional.

Se reconoce que aceptar las diferencias entre la persona y los que le rodean permitirá relacionarse de mejor manera entre el equipo de trabajo, permitiéndose conocer los valores de cada uno. El liderazgo se refuerza al conocer las fortalezas y debilidades del grupo a su cargo; dando instrucciones claras y de forma respetuosa, guiar con ejemplo positivo, siendo parte del trabajo y no solo dirigiendo, es una forma de ser líderes positivos.

El trabajo constantemente logró que el trabajo en equipo se tornara en un ambiente de armonía y refuerzo positivo al personal de enfermería y cuidadoras del Hogar, para mantener el entusiasmo y el deseo de ser mejores personas al entregarse al trabajo diario de cuidar a otros.

Referencias

- Acosta, J. (2008). *Gestión del estrés*. Barcelona: bresca Profit.
- Aréchiga, H., Cerejido, M., Barquín, M., Blanck-Cerejido, F., Covarrubias, L. Frenk, J. & Lozano, R. (1999). *El envejecimiento sus desafíos y esperanzas*. México: Siglo veintiuno editores.
- Beck, J. (2001). *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización*. España: Gedisa
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: siglo XXI de España Editores, S. A.
- Castilla & León (2016). *Enfermero*. Madrid: Editorial CEP S. L.
- Eguiluz, L., Robles, A. L., Rosales, J.C., Ibarra, A., Córdova, M., Gómez, J. & Gonzalez, A. L. (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman, S. A.
- El-Sahili, L. (2015). *Burnout consecuencias y soluciones*. México: Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V.
- Estevez, E., Jiménez, T., & Musitu, G. (2007). *Relación entre padres e hijos adolescentes*. Valencia: Nau Llibres-Edicions Culturals Valencianes, S. A.
- Millán, M. & Serrano, S. (2002). *Psicología y familia*. España: Cáritas Españolas, Editores.
- Moody, R. & Arcangel, D. (2002). *Vida después de la pérdida*. Madrid: Editorial Edaf, S. A.

Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología de la salud*. México: Manual Moderno.

Román, M., Alcántara, V., Morientes, M. & de Lorza, N. (2005) *Manual del cuidador de enfermos de Alzheimer*. España: Editorial Mad, S.L.

Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Uned, Desclée de Brouwer.

Sarason, I. & Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.

Internet

Consejo editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists. (2009, Marzo).

Terapia Cognitivo Conductual. Recuperado de

<http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

Carrillo, G. (2015). *Validación de un programa lúdico para la mejora de las habilidades sociales en niños de 9 a 12 años*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Recuperado.

<file:///C:/Users/Ana%20Cecilia/Dropbox/Artículo%20Científico/Estado%20del%20Arte/TESIS%20HABILIDADES%20SOCIALES.pdf>

García Morales, S. (2009). *La exclusión social del Adulto Mayor en los servicios de salud de Guatemala*. (Tesis maestría). Universidad de San Carlos de Guatemala.

Recuperado

http://www.repositorio.usac.edu.gt/3955/1/15_1487.pdf

Flores, N., Jenaro, C., Moro, L. & Tomsa, R. (2014). *Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo*.

Recuperado

<file:///C:/Users/Ana%20Cecilia/Dropbox/Artículo%20Científico/Estado%20del%20Arte/Salud%20y%20calidad%20de%20vida%20de%20cuidadores%20familiares%20y%20profesionales%20de%20personas%20de%203era%20edad.pdf>

Know Alzheimer. (2017). *El cuidador principal y la familia*. España. Mod. 3

Recuperado

<https://knowalzheimer.com/wp-content/uploads/2017/03/03-Curso-Cuidadores-Alzheimer-M3.pdf>

Monterroso Monterroso, E. (2013). *La problemática social que enfrentan los adultos mayores, en la municipalidad de Santa Catarina Pinula, Departamento de Guatemala*. (Tesis de licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado

http://www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/15/15_1555.pdf

López Alvarado, K. (2012). *Centro habitacional para el adulto mayor*. (Tesis Arquitectura). Universidad Rafael Landívar. Recuperado

<http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/03/01/Lopez-Karla.pdf>

Quevedo Girón, L. (2006). *Necesidad de adecuar la unión de hecho, a los convenios internacionales en materia de derechos humanos de la mujer*. (Tesis de licenciatura).

Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado

http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_5787.pdf

Pérez Rodríguez, N. (2009). *Asilo de ancianos, Beata Juan Jugan, Escuintla*. (Tesis Arquitecto).
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Recuperado

http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/02/02_2369.pdf

Toscan Torres, A. (2016). *Prevalencia de secuelas biopsicosociales en 50 cuidadores primarios informales de pacientes adultos mayores en la ciudad de Guatemala*. (Tesis de Maestría).

Universidad Galileo. Recuperado

<file:///C:/Users/Ana%20Cecilia/Dropbox/Artículo%20Científico/Estado%20del%20Arte/tesis%20del%20adulto%20mayor.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=E010981B35F936695F0A0D681519E048?sequence=1

Hogar Margarita Cruz Ruiz (2015). *Residencia para la Adulta Mayor*. [Brochure]. Guatemala. El autor.