

**AUTOCUIDADO PARA LAS CUIDADORAS DE PACIENTES CRÓNICOS
DESDE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, PARA PREVENIR LA APARICIÓN
DE PROBLEMAS ASOCIADOS AL ROL QUE DESEMPEÑAN**

DAMARIS CRUZ MUÑETÓN

**Proyecto de grado para optar al título de
Especialista en Intervención Psicosocial**

CÉSAR AUGUSTO JARAMILLO JARAMILLO

Asesor

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
ESCUELA DE POSGRADOS Y FORMACIÓN AVANZADA
MEDELLÍN ANTIOQUIA
Diciembre de 2013**

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	3
GLOSARIO	4
TÍTULO	5
PLATAFORMA DE GESTIÓN DE LA PROPUESTA	6
REFERENTE CONTEXTUAL Y LEGAL	9
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVOS	18
REFERENTE CONCEPTUAL	19
DISEÑO METODOLÓGICO	27
INDICADORES DE GESTIÓN	35
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	38
PRESUPUESTO	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

RESUMEN

En la actualidad, se incrementa el número de personas que padecen enfermedades crónicas y degenerativas; esta población va perdiendo independencia la cual amerita ser cuidada por un miembro de la familia, siendo un trabajo agotador y desgastante, afectando su salud integral, por lo tanto consideramos importante realizar este proyecto de intervención psicosocial para la promoción de pautas de autocuidado que permitan la prevención de problemas relacionados al cuidado, como: dolores musculares, lumbares y migrañas, pérdida de las relaciones sociales, conflictos familiares, soledad, inseguridad, depresión, ansiedad, entre otras.

El proyecto se realizará bajo la propuesta metodológica de formación, sensibilización y la promoción de los grupos de apoyo mutuo como espacios de interacción para el establecimiento de nuevas relaciones sociales.

PALABRAS CLAVES: Cuidador, Autocuidado, intervención psicosocial, prevención y pacientes crónicos.

GLOSARIO

Autocuidado: El autocuidado es el conjunto de actividades realizadas por los seres humanos dirigidas hacia sí mismas y hacia los demás para buscar su propio beneficio, su salud y bienestar en general.

Cuidador: Es quien va asumiendo paulatinamente la responsabilidad total en cuanto a la atención, apoyo, acompañamiento y cuidados diarios de un paciente con alguna enfermedad crónica; ayudándole a realizar todas las actividades que éste no puede llevar a cabo.

Intervención Psicosocial: Conjunto de metodologías y estrategias utilizadas para influir en un sujeto y en sujetos con el fin de transformar/mejorar diversos ámbitos; como lo son el intrapersonal, interpersonal, grupal y societal.

Prevención: Conjunto de procesos que estimulan el desarrollo humano y que tienden a evitar la aparición de problemas y enfermedades. También se habla de prevención integral como un enfoque que incentiva procesos de construcción que propenden por el afianzamiento de actitudes que susciten el autocuidado.

Pacientes crónicos: Son todas las personas que padecen enfermedades degenerativas, de progresivo deterioro, de curación improbable y extensa.

1. TITULO: Autocuidado para las cuidadoras de pacientes crónicos desde la intervención psicosocial, para prevenir la aparición de problemas asociados al rol que desempeñan en la Fundación Francisco y Clara de Asís.

2. PLATAFORMA DE GESTIÓN DE LA PROPUESTA

Misión

La Fundación Francisco y Clara de Asís es una institución apostólica sin ánimo de lucro, al servicio de la Iglesia local, contando con aprobación eclesial. Con prontitud, alegría y generosidad le llevamos la Sagrada Comunión a los enfermos, celebramos la Santa Misa en sus hogares y les brindamos ayuda material, moral y espiritual a los más necesitados, por medio de diferentes programas, con el fin de proporcionarles fortaleza y esperanza (Fundación Francisco y Clara de Asís, 2011, p. 2).

Visión

Ser una Institución sólida y ejemplar, con reconocimiento nacional e internacional, por la calidad de nuestros servicios y el fortalecimiento de nuestros campos de acción, para que más hermanos sientan el amor de Dios (Fundación Francisco y Clara de Asís, 2011, p. 2).

Política de Calidad

La Fundación Francisco y Clara de Asís, se compromete con sus beneficiarios y benefactores a prestar sus servicios espirituales y sociales, de manera oportuna y eficaz, con personal idóneo, valores cristianos, adecuado manejo de los recursos y mejoramiento continuo de sus procesos (Fundación Francisco y Clara de Asís, 2011, p. 2).

Objetivos de Calidad

- Lograr el mejoramiento continuo y la satisfacción de los beneficiarios y benefactores con un servicio oportuno y eficaz.
- Gestionar el talento humano de la Fundación, garantizando su competencia y orientación espiritual.

- Gestionar la consecución de los recursos necesarios para el sostenimiento de la Fundación y garantizar su adecuado manejo (Fundación Francisco y Clara de Asís, 2011, p. 3).

Valores Institucionales

Fe: Obedeceremos libremente al mandato de nuestro señor Jesucristo de: “Id al mundo entero y proclamad el Evangelio”, y esta virtud teologal nos asegura el progreso de esta obra, por nuestra confianza en el poder de su presencia eterna en la historia.

Honestidad: Desempeñamos nuestro trabajo con responsabilidad, dando fe a la verdad y practicando la justicia, para bien de todos.

Humildad: Por medio de esta virtud reconocemos las limitaciones y capacidades propias y de nuestros hermanos, con el fin de contar con el apoyo de ellos y aportar nuestras capacidades en busca del cumplimiento de nuestra misión, en un ámbito de respeto y óptimas relaciones.

Caridad: Queremos amar a nuestros compañeros y hermanos, comprendiéndolos desde sus propias realidades y necesidades, buscando con nuestras actuaciones y actitudes, que ellos descubran que Jesús vive.

Testimonio: Levamos una vida personal, coherente con valores cristianos, dando fe de lo que proclamamos en la Fundación.

Alegría: Realizar con entusiasmo las actividades que nos corresponden, poniendo al servicio de nuestro trabajo, los dones y carisma que hemos recibido del espíritu santo.

Prontitud: Atendemos con diligencia y prontitud, las necesidades espirituales y materiales de nuestros hermanos, a ejemplo de María en el misterio de la visitación.

- **Generosidad:** Nos esforzamos por el bien común, actuando con noble corazón, inspirados en el amor atento de nuestro señor Jesucristo, y realizando nuestros deberes con sentido de pertenencia y agradecimiento (Fundación Francisco y Clara de Asís, 2011, p. 3).

A través del proyecto que se propondrá, se está dando cuenta de cómo este aporta a la misión, la visión, la política de calidad y los valores, apuntando a brindar un servicio integral al paciente y a las cuidadoras de manera oportuna y eficaz. Así mismo la institución podrá tener un mayor reconocimiento a nivel nacional, pues este tipo de iniciativas abonan a la capacidad de liderazgo institucional en la intervención psicosocial a las cuidadoras de pacientes crónicos.

3. REFERENTE CONTEXTUAL Y LEGAL

La Fundación Francisco y Clara de Asís es una institución apostólica sin ánimo de lucro, al servicio de la Iglesia local, contando con aprobación eclesial y ubicada en el barrio Prado Centro de la ciudad de Medellín.

Tiene como finalidad brindar asistencia y acompañamiento a quienes afrontan la enfermedad, la limitación y la ancianidad, llevándoles la Sagrada Comunión a su hogar. En estos 34 años de labores, cuentan con cinco vehículos al servicio de la Institución y 14 voluntarios, brindando atención aproximadamente a 3000 enfermos de 76 parroquias de Medellín y los municipios de Bello, Envigado e Itagüí.

Para llevar a cabo la misión, se cuenta con la colaboración de Sacerdotes, Congregaciones Religiosas, instituciones de servicio a la comunidad, Empresas y otras personas, entre ellas los mismos enfermos, quienes también con su oración apoyan la labor.

La Institución se sostiene por medio de las donaciones de la comunidad en general y con la gestión que se realiza para arbitrar recursos económicos como: tarde recreativa, colecta en parroquias y colecta en la ciudad, reciclaje de residuos sólidos recuperables y chatarra, almacén de segundas, tarjetas y regalos de navidad. Además, buscando prestarles un servicio integral a los beneficiarios, inicia un proyecto de formación en la atención integral al enfermo en el año de 2008, en el cual se dirigió en primera medida a los voluntarios, cuidadores de enfermos, ministros de la comunión y empleados vinculados con la Fundación. En la actualidad se han ejecutado ocho ciclos de formación, en los cuales los dos últimos fueron dirigidos al público externo como: Estudiantes y profesionales de la Medicina y las Ciencias Sociales.

La Fundación desde su creación, se ha dedicado a la atención de los enfermos y sus cuidadores en cuanto a prestarles cada día un servicio eficiente y eficaz. Sin

embargo, se identifica a través de un diagnóstico social realizado, que las cuidadoras son excluidas del apoyo y el acompañamiento por parte de sus familias, para realizar su actividad de cuidar, generando así conflictos, disfuncionalidad, temores y miedos en el mismo; todo esto reflejado en el aislamiento y en el abandono que presentan.

El contacto permanente con los beneficiarios, en los diversos barrios de la ciudad, ha permitido identificar otras necesidades materiales y sociales, que se atienden con diferentes programas como: Compañía para los enfermos, Fraternidad Sacerdotal Santo Cura de Ars, Costureros de la Mamá María, Compartamos el Pan, Formación en la atención integral en la enfermedad crónica y fase terminal, contando con un personal administrativo conformado por: una Junta Directiva y una Directora Ejecutiva. De la primera depende el Revisor Fiscal, de la segunda la Secretaria General, la Gestora de Calidad, la Secretaria Recepcionista, la Tesorera, Oficios Varios, además la Coordinadora de Eventos, la Coordinadora del Campo del Dolor, el Coordinador de Logística y Transporte, el Asesor Espiritual, Comunidad Religiosa, el Coordinador de Documentación y Coordinadora de Procesos Espirituales y Sociales.

La Institución está certificada bajo la norma ISO 9001: 2000 en agosto de 2007.

Nit: 890.921.955-1

Personería Jurídica: 23736 de La Gobernación de Antioquia.

Dirección: Calle 65 No. 50B 40 Prado Centro

Teléfonos: 2638506 y 2638510

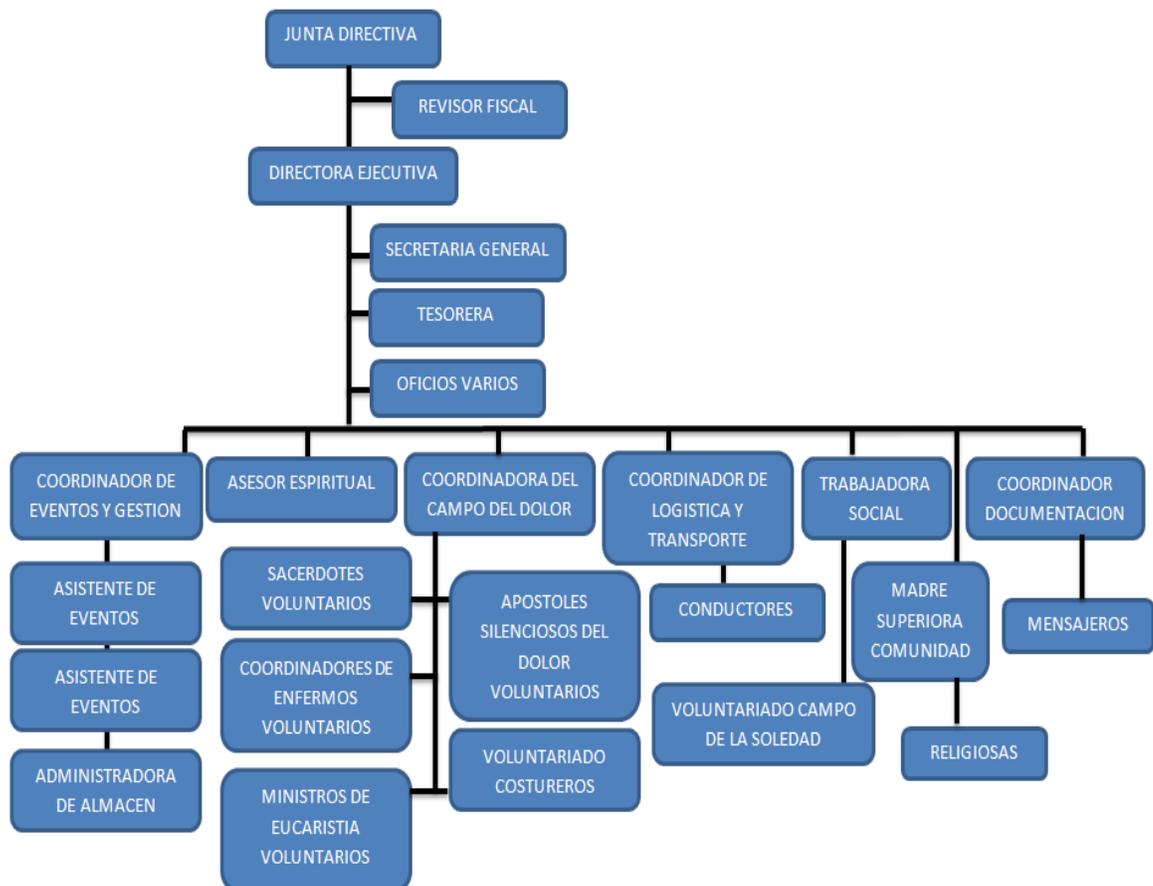
Fax: 2631263

Página Web: www.fundacionfranciscoyclaradeasis.org

Correo Electrónico: ffranciscoyclara@une.net.co

Ciudad: Medellín – Colombia (Pérez, 2011).

(Organigrama de la Institución)



Según el Acuerdo Municipal 86 de 2009, Política Pública en Discapacidad de Medellín, acoge unos principios generales, unos derechos y unas dimensiones, las cuales mencionan éstas como ámbitos de intervención a la persona, a los cuidadores, a la familia y a la sociedad, donde simplemente definen cada uno de los anteriores. De acuerdo a la entrevista realizada a la coordinadora del programa y Política Pública de Discapacidad del Municipio de Medellín, manifiesta “la política pública de discapacidad no ampara a las cuidadores, en el momento se está elaborando un proyecto donde se visibilice el enfoque de emprendimiento y de desarrollo humano en los cuidadores, con el fin de que ellos sean autogestores de sus necesidades económicas; todavía no se tiene fecha establecida de inicio...lo ideal es que se empiece a finales de este año (Sánchez, 2013)

Desde el Acuerdo 05 de 2011, Política Municipal de Salud Mental y Adicciones, la cual propone que la salud mental está relacionada con el bienestar individual, colectivo, la calidad de vida, el establecimiento de relaciones satisfactorias, la vivencia cotidiana, las condiciones para afrontar la vida, el tomar riesgos, manejar los pensamientos y los sentimientos; la capacidad para reponerse de las situaciones de estrés y trauma; teniendo como ejes de operativización:

- La Promoción de la Salud Mental y la calidad de vida.
- La Prevención de problemas psicosociales y trastornos mentales y/o del comportamiento.
- La Atención y rehabilitación de los trastornos mentales y/o del comportamiento, adicciones y problemas psicosociales.

Según la ley 1616 de 2013, Política Pública Nacional de Salud Mental promueve la salud mental y la calidad de vida, fortaleciendo factores protectores que aumenten las capacidades y las potencialidades de los individuos, las familias y las comunidades.

Desde la prevención se busca la disminución del impacto negativo en el bienestar y la calidad de vida, interviniendo determinantes de la salud que aumenta la vulnerabilidad de los individuos, las familias y las comunidades; así mismo, ofrecen atención a los problemas psicosociales, trastornos mentales y/o del comportamiento, a través de la información, los servicios, la asistencia, el apoyo al individuo, a la familia y a la comunidad.

Las estrategias utilizadas desde la promoción son el fortalecimiento de redes de apoyo familiar, comunitario y social; el desarrollo de centros de escucha, de estrategias de información y comunicación; la prevención de violencia intrafamiliar y social; la atención en el fortalecimiento de grupos de autoayuda y la atención psicosocial. Del mismo modo, se ha pretendido obtener la disminución de la

depresión, la ansiedad y otros tipos de conductas; el fortalecimiento de factores protectores para la salud mental y el fomento de la ética del cuidado.

4. CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN

El proyecto está dirigido a las cuidadoras de pacientes crónicos, que se caracterizan por ser mujeres amas de casa de 45 a 65 años, su estrato socioeconómico 1 y 2, el estado civil predominante las solteras, viudas, con un nivel escolar que fluctúa entre primaria y secundaria, asumen este rol como una imposición y delegación familiar, social, con la convicción que será por poco tiempo y será apoyada por la familia; algunas lo asumen por vocación y /o por amor al paciente.

Generalmente son personas que sufren de enfermedades crónicas debido a su historia de vida personal (hipertensión, diabetes, artrosis, triglicéridos, colesterol, artritis etc.) y otras asociadas al rol que desempeñan (estrés, fatiga, migrañas etc). Desde la perspectiva emocional puede establecerse que periódicamente sufren de ansiedad, depresión, tendencia a ser susceptibles y volubles, su proyecto de vida se modifica y las expectativas de vida decrecen.

De acuerdo a este perfil se identifica que llevan ejerciendo este rol durante 1 y 10 años aproximadamente, entre 10, 13 hasta 24 horas diarias, no cuentan con tiempos de descanso adecuados y anexo a esto no reciben una remuneración económica. Sus redes de apoyo son precarias, poca información en relación a la enfermedad del paciente, cómo cuidarlo y cómo asumir su papel de cuidador.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando una persona padece una enfermedad crónica, toda la familia enferma. Esta aserción padece abatimientos y cambios en las relaciones familiares, hay miedo, angustia ante el futuro, agresividad hacia otros familiares, insomnio y estrés. No obstante, en la mayoría de los casos, a la cuidadora le han prestado poca atención en relación a su cuidado; siempre ha ocurrido que le han delegado una mayor carga de cuidados, sin tener en cuenta todo el trabajo que esta persona sobrelleva.

Hace poco tiempo las cuidadoras de pacientes crónicos han empezado a tener una figura más notable en la sociedad, ya que quienes “desde el inicio de la enfermedad asumen la responsabilidad en cuanto a la atención y los cuidados diarios del enfermo, proporcionándole la ayuda necesaria a medida que éste va perdiendo sus capacidades y autonomía” (Centeno, 2004, p. 69).

Según lo anterior, se puede entrever cómo el cuidado de personas con enfermedades crónicas y dependientes se ha convertido en un problema social significativo, que genera un incremento de responsabilidades en las familias y aun más en las cuidadoras, ya que desempeñan además, todas las actividades del hogar como lavar, cocinar, limpiar, etc; originando afecciones en su estado físico, psíquico, emocional y social. Por consiguiente, desde la intervención psicosocial se pretenden brindar pautas de autocuidado para prevenir en las cuidadoras de pacientes crónicos la aparición de problemas asociados como: el consumo inadecuado de fármacos, el aislamiento social, el cansancio físico y psicológico, la pérdida de su independencia, la aparición de deterioro progresivo, el exceso de estrés, el agotamiento emocional y el social; entendiéndose lo anterior como el síndrome del cuidador.

Desde esta perspectiva se hace necesario que la Fundación Francisco y Clara de Asís, intervenga psicosocialmente a las cuidadoras de pacientes crónicos para que éstas tengan mejores prácticas de autocuidado, prevengan el síndrome del cuidador y los diversos problemas asociados al cuidado; sin dejar de lado, que aumentará su autoestima, logren un equilibrio entre su autonomía y la relación con el otro; también el proyecto aportará en el nivel de motivación y de carga energética para poder resistir las actividades de la cotidianidad, para que conserven o restablezcan los lazos sociales con la comunidad, en otras palabras los sujetos intervenidos mejoraran su calidad de vida, además con lo anterior la institución apuntará al cumplimiento de prestarles un servicio integral de manera oportuna y eficaz.

6. JUSTIFICACIÓN

Existe la afirmación, que las personas al asumir el rol de cuidadoras familiares de enfermos crónicos, se hacen cargo de una gran cantidad de tareas que los sitúan en una situación de alta vulnerabilidad, experimentan cambios en las relaciones familiares, el trabajo, su situación económica, su tiempo libre, su salud o su estado de ánimo.

El inicio de una enfermedad crónica en un familiar delibera la capacidad de resistencia a los problemas de toda la familia, quien debe recurrir a estrategias o a nuevas maneras de hacer frente a la situación.

“Cuidar a un familiar es una situación estresante, ya que se deben afrontar necesidades del miembro dependiente” (Biegel, Sales y Schulz, 1991; Power, 1991, citados en Stefani, Seidmann, Pano, Acrich y Bail, 2003, p. 56), sobrellevar desajustes en las relaciones sociales, enfrentar situaciones de limitación de la libertad y la pérdida de su cotidianidad. Tanto la cuidadora como la familia deben abordar nuevas tareas relacionadas con la enfermedad, tales como la discapacidad, el dolor y los tratamientos que ésta acarrea.

Frente a esta situación surgen sentimientos de soledad y aislamiento en relación a los cambios que se producen en la red social del cuidador. Desde el planteamiento anterior, puede verse como este proyecto se focaliza en brindar pautas de autocuidado a las cuidadoras de pacientes crónicos por la necesidad latente que se presenta en estas personas con respecto a la excesiva carga laboral, las demás actividades que desarrollan en el hogar, la falta de habilidades para el cuidado del paciente, las redes de apoyo limitadas, el escaso uso de los espacios de esparcimiento y recreación; todo esto conlleva a que las cuidadoras de enfermos crónicos manifiesten agresividad, estrés y comportamientos negativos, ocasionando descuido en su desarrollo humano integral; es entonces donde se generan modificaciones en su conducta, su estado de ánimo y cambios en su

salud que los afecta negativamente; percibiéndose así la necesidad de efectuar una intervención psicosocial, por medio de la cual se potencialicen adecuadas prácticas de autocuidado y se transformen hábitos de vida, que les permita prevenir estos problemas asociados, que suelen presentarse en las cuidadoras de pacientes crónicos.

Por ende, la Fundación Francisco y Clara de Asís se ve en la necesidad de empoderarlos, para que adquieran y potencialicen herramientas que aporten a mejorar su calidad de vida y a transformar su realidad en beneficio propio; al mismo tiempo busca ser más reconocida a nivel nacional como la organización no gubernamental que trabaja por la atención integral a las cuidadoras de pacientes crónicos.

La motivación frente a este tema surge porque los programas de intervención para cuidadores, se realizan generalmente en los países desarrollados; son insuficientes en los países en vía de desarrollo como Colombia, incluso en aquellos que tienen elevado índice de envejecimiento de su población y una alta incidencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores. Además, varios de ellos no han evaluado su eficacia por problemas en el diseño y en la evaluación de los mismos. Estos programas generalmente se centran en transmitir conocimientos, otros en desarrollar estrategias de afrontamiento, otros en el control emocional, y carecen de un enfoque sistémico, multidisciplinario y de una política pública que los cobije.

En Medellín se han probado pocas estrategias para implementar intervenciones en cuidadoras de pacientes crónicos, por lo cual se hace indispensable llevar a cabo acciones eficaces para ayudar a la cuidadora, a enfrentar su labor; esto contribuiría a mejorar su calidad de vida, la del enfermo, y la de la familia, como también prevendría todos los problemas asociados al cuidado.

7. OBJETIVOS

- **General:**

Promover pautas de autocuidado en las cuidadoras de pacientes crónicos de la Fundación Francisco y Clara de Asís; con el fin de prevenir la aparición de problemas asociados sobre el desempeño de su rol.

Específicos:

- Sensibilizar a las cuidadoras de pacientes crónicos sobre el significado que suscita desempeñar el rol de cuidadora.
- Capacitar a las cuidadoras de pacientes crónicos sobre pautas de autocuidado que deben tener en cuenta para el desarrollo de su labor.
- Promover en las cuidadoras de pacientes crónicos la pertenencia a los grupos de apoyo de la Fundación Francisco y Clara de Asís.

8. REFERENTE CONCEPTUAL

El cuidado de la vida, ha estado ligado generalmente a la mujer, siempre le han asignado el rol de cuidadora, protectora, es quien se ha encargado del manejo del hogar y la salud de la familia. Por tradición, las parteras se han relacionado con el cuidado de la vida de la madre y el niño; esto reafirma que los seres humanos siempre tienen necesidad de cuidarse y ser cuidados, por ello, cuidar, se considera como un acto de vida, de interacción humana de carácter interpersonal, intencional, único, que sucede en un contexto sociocultural, reafirmando la dignidad humana; es un proceso intersubjetivo y armonioso, es así que quien es cuidado y su cuidador, instauran una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como ser humano.

De acuerdo a lo anterior, el tema se estructuró a través de un análisis centrado en el Interaccionismo Simbólico el cual enfatiza en:

La importancia del significado e interpretación como procesos humanos esenciales. La gente crea significados compartidos a través de su interacción y, estos significados devienen su realidad. El accionar de los individuos se explica a partir de relaciones estructurales, a partir de posiciones sociales o roles que cumplen en la estructura social (Ritzer, 1997, p. 237).

A través del Interaccionismo simbólico se puede dar cuenta de los significados, interpretaciones y vínculos que crean los sujetos en las relaciones que se establecen en la cotidianidad, de acuerdo a sus experiencias. Dicho enfoque permite darle el significado a una conducta dada por medio de la interacción, resultando de ello la diversidad de símbolos de los cuales participan los actores sociales; además, estos significados le permiten a las personas actuar e interactuar formando grupos y ser parte de la sociedad en general.

El autocuidado en las cuidadoras de pacientes crónicos, se enfocará desde el interaccionismo simbólico, siendo éste quien dará cuenta del significado que representa para ellas desempeñar su rol; desde esta perspectiva se pretende que los actores sociales sean capaces de modificar dichos significados y símbolos de acuerdo a la interpretación que le hayan dado a una situación; a su vez permitirá que las cuidadoras construyan pautas de autocuidado que les permita desarrollar de manera acertada su labor. Además, se pretende orientar a las cuidadoras sobre la importancia de cuidar su salud y tener hábitos de vida saludable, como herramientas que movilizan a la socialización y al bienestar.

El autocuidado en las cuidadoras se abordará desde un modelo que abarque un bienestar integral donde se incluya el desarrollo de habilidades que les permita tomar decisiones, resolver conflictos, ser creativas, comunicarse eficazmente, establecer y mantener relaciones interpersonales, autoconocerse, sentir empatía, controlar las emociones, manejar la tensión y el estrés. También, lo que se pretende con este modelo es que los sujetos sociales adquieran herramientas prácticas que accedan a mejorar su calidad de vida desde su aspecto físico, emocional, mental y espiritual.

8.1 Categorías

El *autocuidado*¹ comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales (Coppard, citado en Quintero, 1994, p.185).

Por consiguiente, el autocuidado es el conjunto de actividades realizadas por los seres humanos dirigidas hacia sí mismas y hacia los demás para buscar su propio

¹ Las cursivas de aquí en adelante en las citas textuales son de la autora del trabajo de grado

beneficio, su salud y bienestar en general, previniendo o evitando la aparición de enfermedades relacionadas con las tareas o actividades cotidianas. Al mismo tiempo se define como:

La práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar. El autocuidado es la acción que realiza una persona madura a fin de cuidarse a sí misma en el ámbito donde se desenvuelve, y que las personas comprometidas con su autocuidado se preparan y capacitan para actuar deliberadamente sobre los factores que afectan su funcionamiento y desarrollo (Orem, citado en Quintero, 1994, p.185).

El autocuidado es una conducta que se aprende y nace de la composición de experiencias cognoscitivas y sociales; se refiere a las actividades de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, modificación de estilos de vida perjudiciales, la disminución de factores de riesgo, el sostenimiento, la recuperación de la salud y la rehabilitación. Asimismo, se destaca que el autocuidado incluye conductas de carácter social, afectivo, psicológico, etc., que suscitan a la satisfacción de las necesidades básicas del hombre que lo integran como ser.

Debido a los múltiples compromisos que asumen las cuidadoras de pacientes crónicos, se les dificulta que puedan disponer de tiempo y energía para cuidarse a sí mismos. Pese a lo anterior, las cuidadoras que deseen disfrutar de un mayor bienestar emocional, físico, psicológico y social en la situación de cuidado del paciente, así como obtener un buen rendimiento en las actividades relacionadas con el cuidado, necesitan saber el valor que tiene cuidar de sí mismos y aprender cómo hacerlo.

Al mismo tiempo se define el *cuidador* como:

La persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/a esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. Es el que tiene la delicada tarea de poner en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no solo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia (Astudillo, et. al., 2008, citados en Barrón y Alvarado, 2009, p. 41).

Como se ha dicho en apartes anteriores el cuidador es quien va asumiendo paulatinamente la responsabilidad total en cuanto a la atención, apoyo, acompañamiento y cuidados diarios de un paciente con enfermedad crónica degenerativa, de progresivo deterioro, de curación improbable y extensa; ayudándole a realizar todas las actividades que éste no puede llevar a cabo, además, implica brindar el soporte integral a través de los cuales se promuevan mejores estilos de vida.

La vida de los cuidadores giran en torno a la satisfacción de las necesidades de su familiar mayor, muchas suelen dejar sus propias vidas, motivaciones y necesidades en un segundo plano. Esta situación, significa frecuentemente que las tensiones y el malestar que experimentan muchos cuidadores proviene, pues del hecho de que se olvidan de sus propias necesidades y motivaciones en beneficio de las de sus familiares (Centeno, 2004, p.117).

Al respecto conviene decir, que el/la cuidador(a) es la persona que recibe todas las cargas laborales y emocionales tanto del paciente como de la familia, de este

modo se hace necesario abordar el autocuidado realizando actividades dirigidas hacia ellos mismos, buscando su propio beneficio, su salud y bienestar en general, a través de diferentes metodologías y estrategias que le permitan transformar el ámbito intrapersonal, interpersonal, grupal y el societal.

La prevención y promoción de la salud forman parte integral de la atención primaria. La existencia de patologías crónicas relacionadas con factores de riesgo consecuencias de los modos de vida no saludables, ha incrementado la importancia de acciones sanitarias.

Añádase a éste, el término de la *prevención* “se centra en desarrollar medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Implica realizar acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad” (Mezcua y Salinero, 2011, p.113); es decir la prevención es evitar la aparición de problemas o enfermedades relacionadas con la tarea del cuidado del paciente crónico, siendo éste quien padece enfermedades progresivas que generan en su mayoría ciertas discapacidades, convirtiéndolo en una persona dependiente.

También los autores afirman que la *prevención*:

Son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo será disminuir la incidencia de la enfermedad. Desde una vertiente más amplia, saludable, también incluye las actividades que buscan el desarrollo de las potencialidades físicas, psíquicas y sociales en individuos y comunidades (Mezcua y Salinero, 2011, p.113).

Es así, que el concepto de prevención está atado al asunto de salud-enfermedad; en cada periodo de la historia se han dado otras interpretaciones las cuales se han relacionado con escenarios políticos, económicos y sociales. Desde el punto de vista de los actores involucrados, la prevención aglomera a individuos y grupos

sociales específicos, los cuales, por sus características son susceptibles de adquirir enfermedades específicas. Al implementar las medidas de prevención determinadas generan menos costos y los resultados se dan a corto y mediano plazo. Es anticiparse a una dificultad o daño que puede ocurrir si no se toman medidas adecuadas para evitar la aparición. La prevención suele caracterizarse por ser una disposición que busca aminorar el riesgo y lograr un buen estado de salud.

Aquí se referirá también a los *pacientes crónicos*, según la OMS (Organización Mundial de la Salud):

Son aquellas personas que sufren enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes (2013, párr.)

Cabe señalar, que el paciente crónico es la persona afectada por enfermedades de progresivo deterioro, degenerativas, de curación improbable y extensa, conduciéndolos a una invalidez y dependencia que precisan un apoyo y cuidado en la realización de sus actividades diarias.

La enfermedad crónica implica, que numerosos enfermos sobrellevan sus males durante décadas, demandando una atención permanente y adecuada. La prolongación de los síntomas a largo plazo perjudica su capacidad para seguir con actividades significativas y rutinarias. Su tratamiento médico suele tener una eficacia limitada, y contribuye a veces al malestar físico y psicológico tanto del paciente como su familia (Ibarra y Siles, 2006, p. 130).

Una enfermedad crónica crea impacto en el conocimiento que la persona tiene de su cuerpo, su orientación en el tiempo y el espacio, su capacidad para prever el curso y los acontecimientos de la vida, su autoestima, y sus sentimientos de motivación

y dominio personal. Esto presume la necesidad de una atención integral que considere al individuo, familia y su entorno social frente a un problema de salud como una enfermedad degenerativa.

Al respecto conviene decir que la *intervención psicosocial*:

Puede ser concebida como mejorar el bienestar de las personas, la calidad de vida y/o buscar la emancipación del ser humano, su perspectiva aplicada, desde una Orientación Psicosocial...

Al mismo tiempo, la intervención psicosocial no es asistencial, busca promover procesos de intervención social comunitarios, es una acción mediadora entre los usuarios y la estructura institucional desde la que se interviene. Se necesita de la participación activa y constructiva de parte de los usuarios, es contextuada, es decir se valoran los elementos presentes en la interacción, está enmarcada en el ámbito de los derechos humanos y sociales de los ciudadanos; busca la participación, el empoderamiento y la toma de decisiones de los usuarios, se despliega desde una perspectiva de desarrollo de capacidades y potencialidades de los seres humanos, en la cual el cambio es posible (Alvis, 2009, p. 3 y4).

Se puede afirmar que la intervención psicosocial, es el conjunto de metodologías y estrategias utilizadas para influir en los sujetos con el fin de transformar/mejorar diversos ámbitos; como el intrapersonal, interpersonal, grupal y societal. Es un proceso integral y permanente dirigido a aumentar la capacidad de progreso del ser humano, la familia y la comunidad. Además, está basada en la bidireccionalidad entre lo psicológico y lo social; vislumbra la dependencia de lo individual con lo grupal y lo comunitario; entrecruza aspectos multidisciplinarios procedentes de lo cultural, lo social y lo económico, reconociendo el control que

los sujetos pueden ejercer sobre su situación individual y social, para solucionar problemáticas y lograr cambios en el entorno social.

Asimismo, lo que se busca con la Intervención Psicosocial en las cuidadoras de pacientes crónicos, es la construcción de actitudes que susciten el autocuidado y mejoren su calidad de vida.

9. DISEÑO METODOLÓGICO

La intervención se enmarca dentro de un enfoque cualitativo en tanto, “busca comprender las acciones sociales desde la perspectiva de los sujetos y sus relaciones. Los resultados no son generalizables, la investigación se realiza en conjuntos sociales pequeños y los diseños son abiertos y flexibles” (Torres, 2002, p.33).

Así mismo, el enfoque cualitativo, afirma que los actores sociales son dinámicos, las realidades y las relaciones sociales son cambiantes permeadas por los contextos históricos y políticos. Recuérdese que esta propuesta busca sensibilizar sobre el significado que suscita el desempeñar el rol, desde las realidades cotidianas de las cuidadoras de pacientes crónicos participantes del proyecto.

El querer concientizar a los sujetos sociales sobre el significado que motiva a desempeñar el rol como cuidador, conlleva a tener como base el interaccionismo simbólico el cual permite dar cuenta de los significados, interpretaciones y vínculos que crean los sujetos en las relaciones que se establecen en la cotidianidad, de acuerdo a sus experiencias.

La propuesta metodológica del proyecto de intervención está basada en las técnicas participativas, las cuales:

Son instrumentos que se utilizan en determinados procesos informativos, consultivos, de toma de decisiones etc. y se aplican para adquirir conocimientos partiendo siempre de la práctica, es decir de lo que la gente sabe, de las experiencias vividas y de los sentimientos que muchas situaciones originan, así como de los problemas y dificultades de nuestro entorno (Moreno y Aguirre, 1999, p.61).

Es así como de acuerdo a los objetivos planteados se pretenden abordar desde diversas estrategias y acciones que permitan el alcance de los mismos; se iniciará

con la *sensibilización* la cual pretende que este fenómeno no permanezca oculto, se conozcan, se entiendan sus causas y que cada individuo tome un papel activo de manera personal o colectiva en combatirla. En este sentido es preciso establecer otras líneas de actuación que permitan a las personas tener conciencia del problema, siendo éste evidente al entendimiento para actuar sobre él. El resultado deseable de la sensibilización es que cada persona esté correctamente informada para que concibiendo lo que ocurre, pueda tomar una postura crítica ante la realidad y actuar para modificarla. Se llevará a cabo a través de la entrevista semiestructurada, la cual:

Se determina de antemano cual es la información relevante que se quiere conseguir. Se hacen preguntas abiertas dando oportunidad a recibir mas matices de la respuesta, permite ir entrelazando temas, pero requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar y estirar los temas. (Actitud de escucha) (Peláez, Rodríguez, Ramírez, Pérez, Vásquez y González, 2008, p. 4).

Además, forma parte de uno de los procedimientos más utilizados en los estudios de carácter cualitativo, donde el investigador no solo hace preguntas sobre los aspectos que le concierne estudiar sino que debe comprender el lenguaje de los participantes y apropiarse del significado que éstos le otorgan. Por tanto, se utilizarán técnicas como el sociodrama que es:

La dramatización de una situación de la vida cotidiana mediante la representación de la situación por voluntarios del grupo. Éstos representarán a los personajes. El actuar la escena de vida permite colocarse en la situación, experimentar sentimientos, darse cuenta y comprender. Al resto del grupo le permite aprender, comprender observando y además analizar lo ocurrido (Sánchez, Jiménez, Gordillo, Garnica y Laverde, 2013, p. 1).

Es así que a través de dicha técnica las cuidadoras de pacientes crónicos podrán representar lo que para ellas significa desempeñar el rol, expresar sus emociones y comprender su situación. Sin dejar de lado la psicoterapia que tiene como objetivo el cambio de pensamientos, sentimientos y conductas. La técnica a utilizar es la Psicoterapia Gestalt la cual “pone énfasis en la salud, en lo que está bien en el ser humano, tomando en cuenta capacidades y potencialidades de cada persona” (Muñoz, 2008, citado en Béjar, 2010, p. 1); por lo tanto, el trabajo terapéutico es ver el cuerpo como una experiencia e integrarla con la parte emocional.

El conflicto entre esta dos fuerzas mente – cuerpo, congestiona a la fuerza creativa y obstruye al impulso de un contacto sano, por lo que el resultado será un contacto negativo y doloroso, que puede ser expresado hacia afuera o hacia adentro (Pierrakos, 2001, citado en Béjar, 2010, p. 1).

Cabe decir que “el proceso terapéutico, por lo tanto, es la ruta del crecimiento personal y la exploración de sí mismos, es colaborar para que las personas desarrollen sus potencialidades e integren mejor su personalidad” (Navarro, 2005, citado en Béjar, 2010, p.1). Con dicho proceso las cuidadoras podrán aumentar sus conocimientos y fortalezas en relación al cuidado integral del paciente, les aportará a mejorar su calidad de vida en cuanto a estar más tranquilas y ser más tolerantes. Asimismo, la psicoterapia:

Es el sentido de encontrar a Dios en nuestro interior, como un impulso puesto en el universo y manifestado en la forma en que cada uno vivimos, asimismo esto se expresa mediante el contacto real de un individuo con otro y consigo mismo y tiene como objetivo principal el retirarse del aislamiento y el descubrimiento de uno mismo: un proceso creativo, la experiencia del Ser (Pierrakos 2001, citado en Béjar, 2010, p. 1).

Por tanto esta técnica les permitirá a las cuidadoras estar en más comunicación con los otros y consigo mismas, les ayudará a ser más espirituales, reflexivas, a fortalecer lazos de amistad y a evitar el aislamiento. Por consiguiente:

El arte necesita del hombre para ser arte, necesita de su creador y necesita de quién admire. Y al mismo tiempo el hombre necesita del arte como medio de expresión y es posible buscar la expresión sana tomando como apoyo el arte (Béjar, 2010, p. 1).

También como estrategia grupal se utilizará la *capacitación* siendo ésta definida como el conjunto de procesos organizados, con relación a la formación de acuerdo con lo establecido por la ley general de educación, dirigidos a prolongar y a complementar el aprendizaje mediante la generación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes; con el fin de aumentar la capacidad individual y colectiva, para contribuir al cumplimiento de la tarea, a la prestación de servicios a la comunidad, al eficaz desempeño del cargo y al desarrollo personal integral.

Se ejecutará por medio del taller, siendo éste una técnica participativa que ayuda a desarrollar actitudes y comportamientos; permite que los participantes interactúen teniendo en cuenta los espacios, los insumos, las técnicas, sus saberes y experiencias. Con la utilización de esta técnica se desarrollarán un conjunto de acciones operativas, temáticas y metodológicas que permitirán lograr que las cuidadoras practiquen pautas de autocuidado para el buen desempeño de su labor.

Por consiguiente, es necesario mencionar las técnicas psicoeducativas las cuales aportan a la participación de los cuidadores de un entrenamiento en habilidades o estrategias, regidas a mejorar su situación como cuidadores como por ejemplo,

permitirle al paciente ser autónomo hasta donde sus capacidades físicas y cognitivas se lo permitan.

La técnica del juego de roles es una pedagogía activa que genera un aprendizaje significativo y trascendente en los actores sociales, logrando que se incluyan, se comprometan y reflexionen sobre los roles que adoptan y la historia que representan. De esta forma se desarrolla el trabajo en equipo, la toma de decisiones, la innovación y la creatividad en cada cuidador; de igual manera con esta técnica se busca insertar al grupo familiar como red de apoyo al cuidador para que éstos puedan acceder al tiempo de ocio que necesitan.

Además se usará la musicoterapia, como técnica que se utiliza para la recuperación fisiológica, afectiva y mental, contribuyendo a un equilibrio psicofísico de las personas, esta se aplica fundamentalmente en desequilibrios nerviosos, influye positivamente sobre el corazón y pulmones, alcoholismo, drogas etc.; por consiguiente, permite la interacción positiva de la persona con los otros; la musicoterapia actúa como motivación para el desarrollo de autoestima, con técnicas que provoquen en el individuo sentimientos de autorrealización, autoconfianza, autosatisfacción y mucha seguridad en sí mismo.

De acuerdo a lo anterior, lo que se pretende con esta técnica es que los cuidadores de pacientes crónicos puedan practicar pautas de autocuidado a través de la música y el baile los cuales le permitirán hacer ejercicio físico, obtener un buen equilibrio emocional y psicológico, que ayudará a que ellas estén más tranquilas y con un buen desarrollo de su autoestima.

No se dejaron tampoco de lado las técnicas de relajación, ya que son instrumentos indispensables para liberar el estrés propio de una sociedad caracterizada por los ritmos acelerados de vida. El practicar la relajación aportará enormes beneficios a las personas en cuanto a que es revitalizadora y permite el descanso de la mente, reduce los síntomas de malestares comunes, tales como

dolor de cabeza, dolor de espalda, estrés, insomnio, náusea, alergias y diarreas; aumentan los niveles de energía física, la concentración, la habilidad para manejar los problemas emocionales, entre otras.

Como última estrategia se tendrá la *promoción*:

Que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (OMS, 1986, p. 1).

A través de esta estrategia se busca que las cuidadoras de pacientes crónicos, mejoren su salud, se concienticen que son ellas las que se deben de cuidar; promoviendo y practicando pautas de autocuidado accediendo a tener una buena salud. De acuerdo a lo anterior, se utilizará la técnica de los *grupos de apoyo*:

Los participantes que se reúnen son los que tienen problemas comunes y que se encuentran en situación de estrés aunque no sufran enfermedades o síntomas psicopatológicos, las metas de los grupos de apoyo son incrementar las habilidades de afrontamiento de sus miembros (mediante el refuerzo positivo, la empatía y el apoyo), la mejoría de las habilidades y de la comprensión personal y la educación (mediante el feedback, orientación y guía). En estos grupos, los líderes actúan como modelos activos de rol que tratan de mejorar la confianza, el apoyo y la comunicación y de incrementar la cohesión de grupo (Rogers, 1987, citado en Gracia, 1997, p. 1).

Cabe mencionar que los cuidadores se reunirían de manera organizada con un profesional o/y también con otros cuidadores, con el fin de compartir su experiencia al desempeñar su rol, espacios de interacción que se prestan para el

establecimiento de nuevas relaciones sociales, a poner en práctica la terapia del oído-hombro-abrazo e instaurar el vínculo con los otros, el cual les permite reconocerse generando relaciones de afecto; de igual manera, es una forma de enfrentar los hechos traumáticos ya que contribuye a validar, reconocer, entender y darle un significado a su situación. Asimismo, se utilizarán los grupos de autoayuda:

Son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común para superar un problema que trastorna la vida cotidiana, conseguir cambios sociales y/o personales deseados. Los iniciadores y miembros de estos grupos perciben que sus necesidades no son o no pueden ser satisfechas por las instituciones sociales. Los grupos de ayuda mutua enfatizan la interacción social cara a cara y la responsabilidad de sus miembros. Con frecuencia, proporcionan ayuda material así como apoyo emocional; están orientados a la causa del problema y promueven una ideología o conjunto de valores a través de los cuales los miembros del grupo pueden obtener e incrementar un sentimiento de identidad personal (Kats y Bender, 1976, citado en Domenech, 1998, p.182).

Dentro de las técnicas donde se liberan sentimientos, se tomará la expresión de estos a través de colores, conocida también como cromoterapia, que es ideal utilizarla con el fin de que las personas afloren sus sentimientos. Según la cromoterapia, los colores ejercen influencias emocionales en las personas, permitiendo generar un estado que facilite la sanación de enfermedades y restablecer los desequilibrios que producen dichos padecimientos.

Evaluación

El proyecto se evaluará con base en una evaluación de 360° que consiste en evaluar el ciclo del proyecto desde su elaboración hasta su ejecución, ello implica la aplicación de diferentes técnicas en un antes, un durante y un después, por parte de todos los actores sociales implicados desde un enfoque participativo.

El primer momento fue la evaluación diagnóstica, esta se realizó a través de la visita domiciliaria y dos reuniones grupales, efectuadas a 20 cuidadoras de pacientes crónicos, en las cuales se identificó el estado de la salud física, psicológica, espiritual y social.

El segundo momento será la de evaluación de proceso la cual se realizará cada mes durante la ejecución de las actividades definidas para el logro de los objetivos específicos del proyecto través de cuestionarios escritos y la socialización mediante preguntas orales de manera aleatoria a los participantes en las diferentes actividades, esta se recogerá en un diario de campo.

El tercer momento será la evaluación final que se ejecutará a través de la encuesta de satisfacción que se le entregará a cada participante y además se evaluará con el interventor del proyecto el cumplimiento de las metas propuestas en la planeación metodológica, esto se reflejará en el informe final de resultados.

10. INDICADORES DE GESTIÓN

Objetivos	Estrategias	Acciones	Indicadores	Meta	Recursos
<p>Sensibilizar a las cuidadoras de pacientes crónicos sobre el significado que suscita desempeñar el rol de cuidadora.</p>	<p>Sensibilización</p>	<p>Entrevista semiestructurada</p>	<p>Indicador: Cobertura de cuidadoras entrevistadas</p> <p><u>Cuidadoras entrevistadas</u> Total cuidadoras convocadas</p>	<p>70%</p>	<p>Humanos: Psicóloga e interventora psicosocial.</p> <p>Logísticos: Grabadora, aula, sillas, computador, cámara fotográfica e implementos de papelería (papel, lapiceros)</p> <p>Financieros: A través de patrocinios de empresas privadas y estatales</p>
		<p>Sociodrama</p>	<p>Indicador: Cobertura de cuidadoras sensibilizadas</p> <p><u>Cuidadoras sensibilizadas</u> Total cuidadoras citadas</p>	<p>70%</p>	<p>Humanos: Psicóloga e interventora psicosocial.</p> <p>Logísticos: Aula o salón con sillas, sonido, cámara fotográfica.</p> <p>Financieros: A través de patrocinios de empresas privadas y estatales</p>
		<p>Psicoterapia Gestalt</p>	<p>Indicador: Cobertura de asistencia a la psicoterapia</p> <p>Cuidadoras asistentes a la <u>psicoterapia</u> Total de cuidadoras convocadas</p>	<p>70%</p>	<p>Humanos: Psicóloga clínica e interventora psicosocial.</p> <p>Logísticos: Aula o salón, sillas, sonido, video been, computador e implementos de papelería (papelógrafo, marcadores, hojas de block de colores lapiceros y papel periódico) y cámara fotográfica.</p> <p>Financieros: A través de patrocinios de empresas privadas y estatales</p>

Capacitar a las cuidadoras de pacientes crónicos sobre pautas de autocuidado que deben tener en cuenta para el desarrollo de su labor.	Capacitación	Taller	Indicador: Cobertura de cuidadoras capacitadas en pautas de autocuidado. <u>Cuidadoras entrenadas en pautas de autocuidado</u> Total de cuidadoras en crisis	70%	Humanos: Gerontólogo(a) e interventor psicosocial Logísticos: Aula o salón, sillas, sonido, video been, computador, cámara fotográfica e implementos de papelería (papelógrafo, marcadores, colores, hojas de block, papel periódico, fichas bibliográficas, revistas, periódicos, tijeras, pegante lapiceros). Financieros: A través de patrocinios de empresas privadas y estatales
		Psicoeducativa	Indicador: Cantidad de habilidades adquiridas en las cuidadoras para mejorar el desempeño de su labor. <u>Habilidades desarrolladas</u> Total de habilidades enseñadas	70%	Humanos: Auxiliar de enfermería. Logísticos: Salón o aula, sillas camilla, sábanas, computador, video been, cámara fotográfica, sonido e implementos de papelería (libreta de notas, lapiceros) Financieros: A través de patrocinios de empresas privadas y estatales
		Juego de roles	Indicador: Cantidad de familias comprometidas <u>Familias comprometidas</u> Total de familias participantes	70%	Humanos: Interventor psicosocial Logísticos: Salón o aula, sillas cámara fotográfica, sonido. Financieros: A través de patrocinios de empresas privadas y estatales
		Musicoterapia	Indicador: Cantidad de cuidadoras con salud física <u>Cuidadoras con salud física</u>	70%	Humanos: Interventor psicosocial Logísticos: Salón o aula,

			Total de cuidadoras con enfermedades físicas		sillas cámara fotográfica, sonido, computador e implementos de papelería (fichas bibliográficas, lapiceros y cds) Financieros: A través de patrocinios de empresas privadas y estatales
		Técnicas de relajación	Indicador: Cantidad de cuidadoras con salud mental <u>Cuidadoras con salud mental</u> Total de cuidadoras con síndrome de burnout	70%	Humanos: Psicóloga Logísticos: Salón o aula, sillas cámara fotográfica, sonido, computador. Financieros: A través de patrocinios de empresas privadas y estatales
Promover en las cuidadoras de pacientes crónicos la pertenencia a los grupos de apoyo de la Fundación Francisco y Clara de Asís.	Promoción	Grupos de apoyo	Indicador: Cantidad de cuidadoras que participan de los grupos <u>Cuidadoras participantes de los grupos</u> Total de cuidadoras aisladas socialmente	80%	Humanos: Interventor psicosocial Logísticos: Salón o aula, sillas, cojines, colchonetas, sonido, computador y cámara fotográfica Financieros: A través de patrocinios de empresas privadas y estatales
		Grupos de autoayuda	Indicador: Cobertura de cuidadoras autogestoras <u>Cuidadoras autogestoras</u> Total de cuidadoras dependientes	70%	Humanos: Interventor psicosocial Logísticos: Salón o aula, sillas, cojines, video been, computador y cámara fotográfica. Financieros: A través de patrocinios de empresas privadas y estatales

		Cromoterapia/Exposición de sentimientos	Indicador: Cantidad de cuidadoras con bienestar <u>Cuidadoras con bienestar</u> Total de cuidadoras en crisis	80%	Humanos: Interventor psicosocial. Logísticos: Salón o aula, sillas, , computador, video been, cámara fotográfica e implementos de papelería (papel de colores, marcadores, colores). Financieros: A través de patrocinios de empresas privadas y estatales
--	--	-----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE DISEÑO										
ACTIVIDADES	TIEMPO	Mes I	Mes II	Mes III	Mes IV	Mes V	Mes VI	Mes VII	Mes VIII	Mes IX
Realización de visitas domiciliarias	Primera semana: Cinco días de visitas domiciliarias	Marzo/13								
Revisión bibliográfica/realización de lecturas	Once horas en la segunda semana	Marzo/13								
Asesoría del docente	Una hora en la tercera semana	Marzo/13								
Diseño del título y objetivos del proyecto	Once horas en la cuarta semana	Marzo/13								
Asesoría del docente	Una hora en la primera semana		Abril/13							
Avances en el planteamiento del problema, caracterización de la población y la plataforma de gestión.	Once horas de la segunda semana		Abril/13							
Visitas a la oficina de	Cuatro horas de la tercera semana y cuatro		Abril/13							

discapacidad	horas de la cuarta semana.									
Asesoría del docente	Una hora en la primera semana			May/13						
Revisión bibliográfica/avances del proyecto	Once horas en la segunda semana			May/13						
Reunión con la comunidad y realización de lectura	Una sesión de cuatro horas en reunión y siete horas realización de lecturas			May/13						
Asesoría del docente	Una hora en la cuarta semana			May/13						
Avances del proyecto/referente contextual y legal	Once horas en la primera semana				Junio/13					
Asesoría del docente	Una hora en la segunda semana				Junio/13					
Segunda reunión con la comunidad	Una sesión de cuatro horas y revisión bibliográfica de siete horas				Junio/13					
Revisión bibliográfica en la universidad san Buenaventura	Cuatro horas en la cuarta semana				Junio/13					
Avances del proyecto y presentación	Once horas de avances y cuatro horas para la presentación					Julio/13				
Asesoría del docente	Una hora en la segunda semana					Julio/13				
Realización de lecturas/revisión bibliográfica	Seis horas de la tercera semana					Julio/13				
Realización de avances en el referente conceptual y en el metodológico	Once horas en la cuarta semana					Julio/13				
Asesoría del docente	Una hora en la primera semana						Agos/13			
Revisión y lecturas bibliográficas	Seis horas en la segunda semana						Agos/13			
Realización de correcciones y avances del	Once horas en la tercera semana						Agos/13			

proyecto											
Asesoría del docente	Una hora en la cuarta semana							Agos/13			
Realización de estrategias, técnicas, metas e indicadores	Once horas en la primera semana								Sept/13		
Asesoría del docente	Una hora en la segunda semana								Sept/13		
Revisión bibliográfica	Tres horas en la tercera semana								Sept/13		
Realización de avances en el cronograma de actividades	Once horas en la cuarta semana								Sept/13		
Asesoría del docente	Una hora en la primera semana									Oct/13	
Realización de correcciones y avances en el presupuesto	Once horas en la segunda semana									Oct/13	
Asesoría del docente	Una hora en la tercera semana									Oct/13	
Terminación del proyecto y revisión general del mismo	Once horas en la cuarta semana									Oct/13	
Presentación del proyecto final	Una hora en la primera semana										Nov/13

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN											
ACTIVIDADES	TIEMPO	Mes I	Mes II	Mes III	Mes IV	Mes V	Mes VI	Mes VII	Mes VIII	Mes IX	Mes X
Entrevista semiestructurada a 20 cuidadoras/ Se realizarán entre una psicóloga y una interventora psicosocial	Cada semana se entrevistarán 5 cuidadoras	Febrero/14									
Sociodrama/dirigido por una psicóloga e interventora psicosocial	Se citará al grupo dos fechas cada una de 4 horas		Marzo/14								

Psicoterapia Gestalt/dirigida por una psicóloga clínica e interventora psicosocial	Se citará al grupo 6 fechas cada una de 5 horas. El grupo se divide en dos cada uno estará con un profesional		Marzo/14	Abril/14							
Se realizaran 4 talleres sobre pautas de autocuidado. Dirigidos por un gerontólogo(a) y un interventor psicosocial	Se convocará al grupo a 4 sesiones en el mes; cada encuentro será de 4 horas.				Mayo/14						
Psicoeducativa, dirigida por una auxiliar de enfermería	Se citará al grupo a 4 sesiones durante el mes; cada encuentro será de 3.5 horas					Junio/14					
Juego de roles/Dirigido por un interventor psicosocial	Se convocarán a las familias de las cuidadoras a dos encuentros, cada uno de 4 horas.					Julio/14					
Musicoterapia/Dirigido por un interventor psicosocial	Se citarán al grupo de cuidadoras durante 4 sesiones, cada una de 4 horas					Julio/14	Agosto/14				
Técnicas de relajación. Dirigidas por una psicóloga	Se convocará al grupo de cuidadoras a dos sesiones cada una de 3 horas						Agosto/14				
Grupos de apoyo. Dirigido por un interventor psicosocial	Se citará al grupo a 6 sesiones cada una de 3 horas							Sep./14	Oct/14		
Grupos de autoayuda. Dirigido por todos los miembros del grupo y el interventor psicosocial	Se convocará al grupo a 4 sesiones cada una de 3 horas								Oct/14	Nov/14	
Cromoterapia. Dirigido por un interventor psicosocial	Se citará al grupo a una sesión de 5 horas										Nov/14
Evaluación: diagnóstica (ED), de proceso (EP) y final (F)	Se convocará al grupo a una sesión de 4 horas	ED	EP	EP	EP	EP	EP	EP	EP	EP	EF Nov/14

12. PRESUPUESTO

PRESUPUESTO GLOBAL DEL DISEÑO DEL PROYECTO					
RUBROS	FUENTES				TOTAL
	Estudiante		Externa		
Personal Asesor FUNLAM	12.870.000		800.000		13.670.000
Material y suministro					30.000
Salidas de campo					161.000
Bibliografía					175.000
Equipos					880.000
Otros					37.000
Subtotal					14.953.000
Imprevistos 5%					747.650
TOTAL					15.700.650
DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL					
Nombre del Interventor	Función en el proyecto	Dedicación h/semana	Costo		Total
			Estudiante	Externa	
Damaris Cruz M.	Diseñadora	11hX30.c/u X 39s	12.870.000		12.870.000
Cesar Jaramillo	Asesor	16hX50.c/u		800.000	800.000
TOTAL					13.670.000
DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y SUMINISTRO					
Descripción de tipo de Material y/o suministro	Costo		Total		
	Estudiante	Externa			
1 Resma de papel carta	7.000		7.000		
1 caja de lapiceros	5.000		5.000		
1 caja de lápices	3.000		3.000		
1 caja de borradores	10.000		10.000		

4 sacapuntas	2.400		2.400
TOTAL			30.000

DESCRIPCIÓN DE SALIDAS DE CAMPO			
Descripción de las salidas	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
2 visitas a la secretaría de discapacidad (transporte) 10.000X2		20.000	20.000
5 días de visitas domiciliarias (transporte) 10.000X5		50.000	50.000
2 reuniones con la comunidad (transporte) 3.500X2		7.000	7.000
Refrigerios para las dos reuniones. Cada reunión eran 21 personas. Costo de cada refrigerio \$2.000 X 42		84.000	84.000
TOTAL			161.000

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO			
Descripción de compra de material bibliográfico	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
Internet por mes	18.500X9		166.500
2 visitas a la biblioteca (transporte)	8.500		8.500
TOTAL			175.000

DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS			
Descripción de compra de equipos	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
4 horas de alquiler de video been para las 2 reuniones con la comunidad	20.000 h X 4		80.000
Deprecación del computador	800.000		800.000
TOTAL			880.000

DESCRIPCIÓN DE OTROS GASTOS FINANCIADOS			
Descripción de otros gastos	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
Cd del anteproyecto + impresión	7.000		7.000
Memoria usb de 8GB	25.000		25.000
Fotocopias de 4 documentos consultados en la biblioteca	1250c/uX4		5.000
TOTAL			37.000

PRESUPUESTO GLOBAL DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO					
RUBROS	FUENTES				TOTAL
	Profesionales		Externa		
Personal			19.010.000		19.010.000
Material y suministro			1.470.900		1.470.900
Salidas de campo			5.256.256		5.256.256
Bibliografía			200.000		200.000
Equipos			2.530.000		2.530.000
Otros			18.315.000		18.315.000
Subtotal			46.781.256		46.781.256
Imprevistos 5%			2.339.062		2.339.062
TOTAL			49.120.318		49.120.318
DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL					
Nombre del Interventor	Función en el proyecto	Dedicación h/semana	Costo		Total
			Estudiante	Externa	
Damaris Cruz M.	Interventora psicosocial	14hrsX30.X40s		16.800.000	16.800.000
	psicóloga	3.5hrsX25.X8s		700.000	700.000
	Psicóloga clínica	5hrsX30.X6s		900.000	900.000
	Gerontóloga	4hrsX25.X4s		400.000	400.000
	Aux de enfermería	3.5hrsX15.X4s		210.000	210.000
TOTAL					19.010.000
DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y SUMINISTRO					
Descripción de tipo de Material y/o suministro	Costo		Total		
	Estudiante	Externa			
3 Resmas de papel carta		7.000	21.000		

3 Resmas de papel oficio		11.000	33.000
5 caja de lapiceros X12		7.000	35.000
2 caja de lápices		3.000	6.000
1 caja de borradores		10.000	10.000
5 sacapuntas		2.400	12.000
5 pegantes		6.600	33.000
5 tijeras punta roma		5.000	25.000
15 paquetes de marcadores X2		4.000	60.000
5 cajas de clips		700	3.500
2 cosedoras		10.000	20.000
1 cajas de ganchos de cosedora		8.000	8.000
20 libretas de notas		2.600	52.000
2 ruedas de cinta transparente		4.200	8.400
30 pliegos de papel periódico		150	4.500
2 blocks carta de colores		9.500	19.000
1 camilla tipo maletín		260.000	260.000
25 cojines		5.000	125.000
5 paquetes de fichas bibliográficas		1.500	7.500
1 juego sábanas sencillas		28.000	28.000
20 colchonetas		35.000	700.000
TOTAL			1.470.900

DESCRIPCIÓN DE SALIDAS DE CAMPO			
Descripción de las salidas	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
Transporte de profesionales 4.000X64		256.000	256.000
Transporte cuidadores 4.000X36vX20		2.880.000	2.880.000
Refrigerios para 36 encuentros. Costo \$3.000 c/u. 3.000X22pX36		2.376.000	2.376.000
TOTAL			5.256.256

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO			
Descripción de compra de material bibliográfico	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
Internet por mes 20.000X10m		200.000	200.000
TOTAL			200.000

DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS			
Descripción de compra de equipos	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
77 horas de alquiler de video been 20.000 h X 77		1.540.000	1.540.000
Depreciación del computador		800.000	800.000
Depreciación Grabadora periodista		100.000	100.000
Depreciación cámara digital		90.000	90.000
TOTAL			2.530.000

DESCRIPCIÓN DE OTROS GASTOS FINANCIADOS			
Descripción de otros gastos	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
5 Cds música variada 15.000X 5		75.000	75.000
152 horas alquiler de salón o aula con sonido 120.000X152		18.240.000	18.240.000
TOTAL			18.315.000

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvis, A. (2009). *Aproximación teórica a la intervención psicosocial*. *Revista electrónica de psicología social poiésis*. Medellín, Colombia. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/189/178>

Barrón, B. y Alvarado, S. (2009). *Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer*. México. Recuperado de <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>

Béjar, K. (2010). *La psicoterapia Gestalt y la expresión a través del arte*. Anzures, México. Recuperado de <http://mundogestalt.com/la-psicoterapia-gestalt-y-la-expresion-a-traves-del-arte/>

Centeno, C. (2004). *Cuidar a los que cuidan. Qué y cómo hacerlo*. Asociación para la Formación Continuada en Ciencias de la Salud y Educación. Madrid, España: Editorial, Formación Alcalá.

Domenech, Y. (1998). *Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social*. Alicante, España. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5802/1/ALT_06_08.pdf

Espín, A. (2010). *Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis_ana_margarita_espin.pdf

Ferré, C., Rodero, V., Cid, D., Vives, C. y Aparicio, M. (2011). *Guía de cuidados de enfermería: Cuidar al cuidador en atención primaria*. Tarragona, España. Recuperado de

<http://www.urv.cat/dinfirm/media/upload//arxius/guia%20cuidados%20infermeria.pdf>

Fundación Francisco y Clara de Asís (2011). *Un Alimento para El Espíritu*. [Plegable].

Pérez, O. *Entrevista personal* (2011). Fundación Francisco y Clara de Asís. Medellín, Colombia.

García, C. y Tobón, O. (2000). *Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y plan de atención básica ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa?* Caldas, Manizales. Recuperado de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf

Gasteiz, V. (2008). *Cuidando en casa: Guía para el cuidado familiar. Guía de servicios sociales (2)*. Gobierno Vasco, España. Recuperado de <http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/.../Guia%20C%20Cuidado%20familiar.pdf>

Gracia, E. (1997). *Grupos de apoyo y autoayuda, una fuente de recursos para la intervención social*. Medellín, Colombia. Recuperado de http://virtual.funlam.edu.co/farmacodependencia/semestre2/Reinsercion/Grupos_de_apoyo_y_Autoayuda.pdf

Guarín, G., Trujillo, C., Pasqualotto, A., Galeano, L., Guerrero, B., Ramírez, L., Muñoz, A. y Zapata, S. (2008-2015). *Política Municipal de Salud Mental y Adicciones*. Acuerdo 05 de 2011. Medellín, Colombia: Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/Salud%20Mental/Presentacion%20PMSM_Diciembre%202-2010-2.pdf

Ibarra, X. y Siles, J. (2006). *Rol de enfermo crónico: una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros*. Alicante, España. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/875/1/culturacuidados_20_18.pdf

OMS, (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa, Canadá. Recuperado de <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Enfermedades crónicas*. Ginebra, Suiza. Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es

Peláez, A., Rodríguez, J., Ramírez, S., Pérez, L., Vásquez, A. y González, L. (2008). *La entrevista*. Bogotá, Colombia. Recuperado de http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Entrevista.pdf

Quintero, M. (2000). *El autocuidado*. Washington, Estados Unidos. Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20ancia no/autocuid.pdf>

Ritzer, G. (1997). *Teoría sociológica contemporánea*. Madrid, España: Mc-Graw Hill. Tercera edición. Recuperado de <http://csociales.fmoues.edu.sv/files/teoria-sociologica.pdf>

Sánchez, L., Jiménez, W., Gordillo, O., Garnica, L. y Laverde, J. (2013). *Sociodrama*. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://liligm9.blogspot.com/>

Santos, J., Cárdenas, M., Correa, R. y Gaviria, A. (2013). *Diario Oficial. Política pública nacional de salud mental*. Ley 1616 de 2013. Bogotá D.C, República de Colombia: Poder Público, Rama Legislativa. Recuperado de http://190.147.213.68:8080/HOMEPAGE/DIARIO_OFICIAL/2013/48680.pdf

Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L. y Bail, V. (2003). Las cuidadoras familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista latinoamericana de psicología*, 35 (1).

Tejedor, A., Barcenilla, R. y Correa, L. (2009). *Guía práctica para personas cuidadoras de personas dependientes*. Bizkaiko Foru Aldundia. Diputación de Bizkaia, España. Recuperado de <http://www.telefonodelaesperanza.org/cuidando-cuidador/download/10>

Vélez, L., Múnera, A. Acevedo, R. y Sierra, M. (2011). *Política pública en discapacidad. Un camino hacia la igualdad*. Acuerdo municipal 86 de 2009. Medellín, Colombia: Alcaldía de Medellín, Secretaría de Bienestar Social.

Sánchez, M. *Entrevista personal* (2013). Oficina de discapacidad. Medellín, Colombia.

Mezcua, A., Salinero, E. (2011). *Prevención y promoción de la salud*. Madrid, España. Recuperado de http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_ope_bal.pdf

Torres, A. (2002). *Enfoques cualitativos y participativos en investigación social*. Bogotá, Colombia.

Moreno, M., Aguirre, R. y Cuadrado, M. (1999). *Manual para la introducción de la perspectiva de género y juventud al desarrollo rural*. Andalucía, España. Recuperado de http://programaimpactos.org/toolkit/manuales/Manual_genero_juventud.pdf.

