



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales y Administración
Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz
Programa Nacional de Posgrado de Calidad CONAHCyT

**“Cuidadores primarios informales y sobrecarga emocional:
Una intervención psicoterapéutica Gestalt mediante el trabajo de la
intencionalidad de los estilos de contacto”**

Tesis para obtención de grado de Maestra en Psicoterapia
Humanista y Educación para la Paz

Por

Lic. Karina Lizbeth Natividad Avila
*Becada por el Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y
Tecnologías*
CVU 1145892

Directora de Tesis
Dra. María De Los Ángeles López Nores

Ciudad Juárez, Chihuahua

21 de agosto de 2024

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales y Administración
Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz
Programa Nacional de Posgrado de Calidad CONAHCyT



**“Cuidadores primarios informales y sobrecarga emocional:
Una intervención psicoterapéutica Gestalt mediante el trabajo de la
intencionalidad de los estilos de contacto”**

Tesis para obtención de grado de Maestra en Psicoterapia
Humanista y Educación para la Paz

Por

Lic. Karina Lizbeth Natividad Avila

Matricula 216599

CVU 1145892

ORCID 0000-0002-0815-2848

Directora de Tesis

Dra. María De Los Ángeles López Nores

ORCID 0000-0001-6833-4160

Ciudad Juárez, Chihuahua

21 de agosto de 2024

Comité Lector

Dra. Leticia Guadalupe Riosvelasco Moreno

Presidenta

Dra. Lucía Nereth Quintana Moye

Secretaria

Mtro. Víctor José Rivera Forero

Vocal

Dra. Nancy Alejandra Amador Esparza

Suplente

Agradecimientos

Al consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnología, y a la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, quienes, a través del apoyo económico y académico, permitieron la continuación de mi formación profesional.

A cada uno de mis profesores, quienes no sólo fueron una fuente de educación, sino guías en mi vida, mencionando en especial a cuatro de ellos, como primera al profesor Jorge Ramón Lozano quien con la humanidad que lo caracteriza me acompañó a creer y descubrirme como un ser único; a la maestra Claudia Verónica Sánchez la cual ante los momentos de dolor y soledad, me brindó cobijo, escucha y una mano que tomar; al profesor Francisco Calderón quien siempre brindó un espacio de comprensión y seguridad, y finalmente a la maestra Nancy Alejandra Amador quien me mostró que todos merecemos oportunidad de cambio.

A los integrantes de mi comité lector, quienes me permitieron dar y aportar lo mejor para el trabajo, en especial al profesor Víctor José Rivera Forero, a quien conocí en un momento complicado de mi vida, y que sin conocerme me acompañó en mi duelo a la distancia.

A mi directora de tesis la maestra María De Los Ángeles López Nores, quien brindo sus conocimientos y años de experiencia, para la realización de la intervención.

A la institución que abrió sus puertas para la aplicación del proyecto.

Agradezco a mis compañeros, con quienes viví un sinfín de experiencias y se convirtieron en mis hermanos, en especial a María Esther que, con su compañía y protección, me regalo un pedacito de Dios en mis momentos más difíciles y a mi bello Andrés que me enseñó a salir de mi zona de confort, donde las cosas a veces son coloridas y a veces grises, pero la vida es re-hermosa.

Finalmente, y no por ello menos importante a mi familia, especialmente a mi madre a quien el miedo nunca la ha detenido para estar a mi lado, que da luz a mi vida y me permite ver que a veces no todos los ángeles viven en el cielo. También agradecer a mi hermano, que, a pesar de su temple rudo y conservador, éste no le impide amarme y desear que crezca. Esto es de los tres.

Dedicatoria

A todos aquellos que detuvieron su camino, para ayudar a otros a caminar el suyo.

Resumen

El cuidador informal como función es uno de los trabajos con mayor demanda en el mundo, tan solo en México más del 50% de los que ejercen la función lo hacen de manera informal desde el hogar y suelen tener un vínculo familiar o afectivo con la persona cuidada. Una de las repercusiones de salud relacionada a la función del cuidador informal es la sobrecarga emocional, cuando se cuida a una persona con cierto grado de dependencia, con frecuencia se presenta un deterioro mental y físico (González y Reyes, 2012; INEGI, 2017; OIT, 2018).

En atención a la población de cuidadores y conscientes de la problemática se presenta el desarrollo y aplicación de una Intervención psicoterapéutica Gestalt de corte Humanista, donde se trabajó las diferentes intencionalidades que expresan los distintos estilos de contacto gestálticos. Los cuales, a través de su forma de contacto con el entorno, expresan una necesidad emocional y psicológica que pide ser cubierta o atendida, dichos estilos se abordaron por medio del trabajo grupal describiendo el proceso sobre la sobrecarga emocional en los cuidadores primarios informales.

El estudio presentado a continuación fue realizado a través de una metodología cualitativa, permitiendo describir y observar lo desarrollado mediante la aplicación a un grupo de trabajo de 6 miembros. Los participantes del estudio fueron referidos del área de fisioterapia o rehabilitación física, de la institución de aplicación, los cuales al momento del estudio realizaban la función de cuidadores con un periodo mayor a 6 meses.

Los instrumentos de valoración utilizados fueron de corte cualitativo permitiendo la valoración a través observación fenomenología de los participantes, añadiendo herramientas enfocadas en el rubro de los cuidadores y al enfoque gestáltico humanista que se le dio a intervención.

Palabras Claves: Cuidadores, Sobrecarga, Gestalt, Intervención

Abstract

The informal caregiver role is one of the most in-demand jobs in the world. In Mexico alone, more than 50% of those who perform the role do so informally from home and usually have a family or emotional bond with the person being cared for. One of the health repercussions related to the informal caregiver role is emotional overload. When caring for a person with a certain degree of dependency, mental and physical deterioration frequently occurs (González y Reyes, 2012; INEGI, 2017; OIT, 2018).

In attention to the population of caregivers and those aware of the problem, the development and application of a Humanist Gestalt psychotherapeutic Intervention is presented, where the different intentions expressed by the different Gestalt contact styles were worked on. These styles, through their way of contact with the environment, express an emotional and psychological need that asks to be covered or attended to. These styles are addressed through group work describing the process of emotional overload in informal primary caregivers.

The study presented below was carried out through a qualitative methodology, allowing to describe and observe what was developed through the application to a work group of 6 members. The participants of the study were referred from the area of physiotherapy or physical rehabilitation, of the institution of application, which at the time of the study performed the function of caregivers for a period greater than 6 months.

The assessment instruments used were qualitative, allowing assessment through phenomenological observation of the participants, adding tools focused on the area of caregivers and the humanistic gestalt approach that was given to the intervention.

Keywords: Caregivers, Overload, Gestalt, Intervention, Emotional

Índice de contenido

Introducción	1
Planteamiento del problema	3
Antecedentes	8
Justificación.....	14
Pregunta de intervención.....	16
Objetivo General	16
Objetivos específicos.....	16
Supuesto Hipotético.	16
Capítulo I. Marco Teórico.....	17
Cuidadores.....	17
Tipos de cuidadores.....	18
Sobrecarga.....	19
Sobrecarga emocional	21
Estilos de contacto.....	22
Psicología Humanista – Gestalt.....	34
Psicoterapia Gestalt	36
Psicoterapia grupal Gestalt.....	39
Capítulo II. Metodología de intervención	42
Enfoque	42
Tipo de estudio	43
Población.....	43

Diseño de intervención.....	44
Alcance.....	45
Programa de intervención.....	46
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	52
Aspectos éticos.....	55
Capítulo III. Resultados y discusión	56
Programa de Intervención desarrollo	56
Valoración Diagnóstica Inicial.....	56
Sesiones 1 y 2.....	61
Sesiones 3 y 4.....	63
Sesiones 5 y 6.....	65
Sesiones 7 y 8.....	68
Sesión 9	72
Sesión 10	72
Valoración diagnóstica final.....	73
Proceso psicoterapéutico Grupal.....	75
Capítulo IV. Conclusiones y recomendación	85
Referencias	89
Anexo	101

Índice de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1 Estilos de contacto. Características	23
Tabla 2 Intencionalidad y atención de los estilos de contacto	33
Tabla 3 Plan de intervención	47
Tabla 4 Escala de carga del cuidador Zarit – resultados iniciales	59
Tabla 5 Test de psicodiagnóstico Gestalt (TPG) – resultados iniciales	59
Tabla 6 Escala de carga del cuidador Zarit – resultados finales	74
Tabla 7 Test de psicodiagnóstico Gestalt (TPG) – resultados finales	75
Tabla 8 Tabla comparativa observacional durante el proceso psicoterapéutico Gestalt grupal (Notas de campo)	78
Tabla 9 Monitoreo de estilos de contacto durante el programa	79
Tabla 10 Cuestionario de cierre	82
Tabla 11 Tabla comparativa de resultados – escala de carga del cuidador de Zarit (CBI)	85
Tabla 12 Tabla comparativa de resultados – Test psicodiagnóstico Gestalt (TPG)	86
Tabla 13 Desarrollo de Estilos de contacto durante la intervención y sus cambios.....	87

Figuras

Figura 1 Cronograma de actividad	45
Figura 2 Presentación PowerPoint “cuidadores primarios y sobrecarga emocional”	57
Figura 3 Reglas de convivencia	61

Figura 4 Actividad con masilla	65
Figura 5 Actividad “la vela”	66
Figura 6 Actividad “cuidado-cuidador”	67
Figura 7 Actividad “Metáfora de las dos escalas”	68
Figura 8 Resultados de actividad “Metáfora de las dos escalas”	69
Figura 9 Actividad de “Metáfora de escalas” opciones de atención	70
Figura 10 Actividad de “Metáfora de escalas” opciones de atención	70
Figura 11 Actividad “Carta al cuidador”	71
Figura 12 Actividad “Mapa de sueños”	73
Figura 13 Concentrado de nube de palabra por repetición del proceso terapéutico	76

Introducción

El cuidar como función es un trabajo con alta demanda, gran parte de esto es debido a la mala infraestructura del sistema de salud, la cual es sobrepasada más allá del elemento humano, donde planear, desarrollar y ordenar un sistema con alta demanda de servicios puede saturar los espacios de atención (camas, quirófanos, tratamiento, incubadoras, etc).

Para darnos una idea, veamos la infraestructura de un lugar conocido como lo es ciudad Juárez chihuahua, donde se desarrolla la intervención presentada. En ciudad Juárez existen 212 establecimientos de atención medica de los cuales, 118 son espacio de atención privada, donde solo aquellas personas que cuenten con seguro de gastos mayores o puedan pagar dichas atenciones, lo pueden utilizar. En los espacios públicos de atención se cuenta con 67 espacios brindados por la secretaria de salud y 18 espacios por parte del IMSS, sin embargo, en el resto del país también se tienen los espacios IMSS-BIENESTAR como un tercer puesto para brindar atención médica, pero en Ciudad Juárez no cuenta con ninguno (Plan Estratégico de Juárez, A.C.; 2022).

A nivel infraestructura en cuanto a los edificios puede verse que tenemos un gran número de espacios médicos para distintas atenciones en cuanto la salud de trata, sin embargo, si lo vemos en números de camas donde de cada 100, 000 habitantes Ciudad Juárez sólo se cuenta con 146.78 camas, esto indica que está bastante por debajo del promedio de la necesidad hospitalaria, entonces ahí es cuando se vuelve distinto. En la estadística a nivel país en México contamos con 0.99 camas por cada 1,000 habitantes, estando en puesto 91 a nivel mundial hasta el año 2017 en el conteo de cama por habitante en estadísticas de la OMS, la cual también mostro estadísticas en 2018 de médicos por cada 1,000 habitantes donde México conto con 4.85 médicos (Plan Estratégico de Juárez, A.C.; 2022).

Aunque resulte impresionante no es algo propio de México, esto también es reflejado en otros países por ejemplo por cada 1,000 habitantes Japón cuenta con 13.05 camas, Corea con 12.27, Rusia con 8.05, Alemania y Mongolia con 8.00, Bulgaria con 7.45, Austria con 7.37, Hungría con 7.02, Rumania con 6.89 y Republica Checa con 6.63; siendo estos diez países con la mayor cantidad de camas por cada 1,000 habitantes. En cuanto atención medica se trata, cuba, Italia, Israel, Francia, Reino Unido y Portugal ocupan los primeros lugares donde de cada 1,000 habitantes cuentan con entre 8 a 5 médicos, variando porcentajes según el sitio.

Las estadísticas evidencian la necesidad de trabajar en las infraestructuras de los sistemas de salud alrededor del mundo y a la capacitación de personal médico, al igual que trae la pregunta, ¿Quién está cuidando aquellos que no cuentan con la atención médica?, ¿Dónde están siendo cuidados?, ¿Quiénes cuidan, están capacitados?

Referente a lo mencionado aparecen los llamados cuidadores primario informales, aquellas personas, las cuales, bajo dificultades económicas, falta de infraestructura de atención, situaciones medicas de atención prolongada, etc. Deciden brindar los cuidados en los hogares y convertirse en médicos de vida, para sus familiares o personas cercanas. Las circunstancias que convierten a la población en cuidadores primarios informales, los llevan a desarrollar su papel en tiempos prolongados de cuidado, con una gran demanda de atención de quienes cuidan, trayendo cambios en sus estilos de vida y sus necesidades, generando afectaciones en la salud mental y emocional (Hijuelos et al; 2018).

La Organización Mundial de la Salud, da a conocer el riesgo en esta población con relación al desgaste emocional que representa cuidar, hablando incluso de afectaciones emocionales que pueden llevar a la depresión (WHO, 2004; Vázquez et al; 2010).

Dicho lo anterior, se buscó la forma idónea de intervenir en la problemática de la sobrecarga emocional dentro de la función del ser cuidador primario informal, buscando dar pie a la importancia de dicha población, y su salud mental. Se realizó una intervención en acompañamiento de los cuidadores primarios informales y sobrecarga emocional, a través de la intencionalidad de los estilos de contacto gestálticos, en atención psicoterapéutica grupal. El objetivo de la intervención fue la descripción de la intervención grupal, mediante una metodología de investigación de corte cualitativo basado en lo fenomenológico, interpretativo y descriptivo, que se utilizó en el desarrollo del trabajo continuó, por medio de una valoración constante en el proceso de psicoterapéutico grupal. El proceso psicoterapéutico de la intervención se formó de doce sesiones, las cuales dos de ellas formaron parte de una valoración diagnóstica inicial y final, y diez sesiones psicoterapéuticas, con una frecuencia de una sesión semanal, para finalizar con una descripción los resultados obtenidos, en el impacto de los cuidadores y su sobrecarga emocional.

Planteamiento del problema

En 2019, el Banco Mundial de Datos registró que de cada 1,000 personas en el mundo el 4%, ejerce algún tipo de servicio de cuidado a personas dependientes o con necesidades de apoyo, citando a las enfermeras de cuidados primarios como un grupo importante del área hospitalaria, además de mostrar estadísticas de los diferentes asistentes comunitarios de la salud, donde se incluyen a los trabajadores que realizan los cuidados de manera informal. En el mismo estudio se proporcionó también datos de Latino América y el Caribe donde de cada 1,000 personas, el 4.5% de la población son cuidadores, presentado a través de una tabla de indicadores del desarrollo mundial en relación al sistema de salud global. Sin embargo, los datos contenidos de la fuente de información aún no se encuentran actualizados, ya que estos son complementados con la información que proporciona cada país de origen, por lo que no cuenta con una estadística mundial actualizada hasta el momento, algunos países como India, Jamaica, África, Singapur y Bhutan entre otros, cuentan con datos únicamente hasta el año 2016 y 2017 (Banco Mundial, 2016; Banco Mundial, 2019).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), por su parte indica que ser cuidador es de los trabajos más solicitados alrededor del mundo. En el año 2015 existían 2,100 millones de personas en el mundo que requerían algún tipo de cuidado, estimando que para el año 2030 la población que requiera estos servicios sea de 2,300 millones. Dentro de las estadísticas proporcionadas por la OIT, se engloban los distintos tipos de dependencia como lo son, menores de edad, adultos mayores y discapacidad o dependencia por enfermedad. En dicha estadística mundial también se resalta que, de 110 a 190 millones de personas con enfermedades crónicas o dependientes, pueden necesitar cuidados durante toda su vida (OIT, 2018, p.2).

De acuerdo con un artículo publicado en el año 2017 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 286 mil personas realizan la función de cuidadores primarios en México. Según la estadística implementada, de cada 100 personas 38 desempeñan el papel en un establecimiento formal y 62 en el hogar. El mismo artículo refiere que estadísticamente, el estado de Chihuahua cuenta con el 3.4% de cuidadores del país, dejando a este en el lugar número 13 de 32 estados en el rango de cuidado a personas dependientes o enfermas (INEGI, 2017, p.3).

El INEGI en un estudio estadístico posterior relacionado con el trabajo en México en el año 2019, reveló que el producto interno bruto (PIB) que se produce en el país en un 22.8% de grado

porcentual, se refiere a labores domésticas y de cuidados en los hogares (cuidado y apoyo, alimentación, limpieza y mantenimiento de la vivienda, compras y administración del hogar, ayuda a otros hogares y trabajo voluntario, limpieza y cuidado de la ropa y calzado), bajo el concepto de trabajo no remunerado doméstico y de cuidado en los hogares. Donde el 6.6% proveniente de personas que se dedican a diferentes tipos de cuidados y apoyo, referentes al cuidado de personas dependientes por enfermedad, edad o incapacidad, siendo el porcentaje más alto en el cual se dividen los distintos tipos de cuidados y funciones del hogar (INEGI, 2020, p.7, p.9). Asimismo, el INEGI en una actualización en el año 2020 del estudio, destaca el valor económico del trabajo no remunerado de los hogares referente al apoyo y cuidado en un 27.6% y con un aumento del porcentaje de cuidado de apoyo al 7.8% (INEGI, 202, p.1, p.4).

La Encuesta Laboral y Corresponsabilidad Social (ELCOS) en conjunto con El Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y el INEGI en búsqueda de generar una estadística de género con relación a la prestación de cuidados en México, realizó en el año 2012 un trabajo llamado Proyecto INMUJERES-INEGI dirigido por Teresa Jacome del Moral (2013). Los datos arrojados de la investigación en relación con mujeres cuidadoras y la prestación de cuidados en los hogares mexicanos, tomó una muestra de 19,850 viviendas como cobertura geográfica de la estadística, alrededor de los diferentes estados de México. Como resultado de promedio estadístico acorde a la muestra del estudio se dio a conocer que el 52% (6.9 millones) de los hogares urbanos mexicanos cuenta con diferentes integrantes con necesidades de cuidado, el 45.1% (6.0 millones) referentes a presencia de menores de edad en el hogar, 7.9% (1.1 millones) de hogares con integrantes que requieren cuidados de manera temporal debido al algún accidente o enfermedad y finalmente 5.2% (694 mil) de hogares con integrantes con limitaciones físicas, mentales, de independencia o que requieren cuidador permanentes (CEDOC e INMUJERES, 2012, p. 15; CEDOC e INMUJERES, 2013, p.5; INEGI, 2012).

La presencia de sobrecarga en cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas radica en el tiempo del cuidado y la dependencia, no solo del enfermo sino también del cuidador, ya que este considera que el paciente lo ve como la única persona capacitada para su atención, creando altos niveles de dicha sobrecarga. Se observa la clara demanda de atención a cuidadores primarios, debido a sus afectaciones en su estilo de vida, impulsando a la realización de grupos de

autoayuda, para hacer resaltar la importancia de abordar los cuidados de una manera adecuada sin que se vea afectado el estado salud del en cuidador primario informal (Hijuelos et al; 2018).

En este contexto, de manera cuantitativa en el hospital general de Querétaro del área de enfermos crónicos, en un estudio sobre quienes ejercen el papel de cuidadores primarios informales de aquellos que frecuentan la institución, se utilizó el test especializado Zarit de Steven H. Zarit encargado de identificar la carga del cuidador, donde de 48 cuidadores un 43.75% padecen de sobrecarga, con niveles que van de una presencia leve a moderada y severa. Destacando la necesidad de atención a su salud mental y emocional (Palomé et al; 2014, p.1, p.6).

Otro aspecto es la cuestión económica, un factor que influye a que los familiares cercanos a la persona dependiente, no acudan a instituciones capacitadas para los cuidados necesarios, prevaleciendo esta responsabilidad en familiares, amigos y conocidos, que se hacen cargo de los cuidados del enfermo. En la mayoría de los países en el mundo los cuidados de una persona enferma caen en la familia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) expone que la población de personas en senectud y dependientes va en aumento, la transición del enfermo de ser una persona funcional a dependiente es una etapa de cambios y afectaciones en la vida personal y familiar, con afectaciones en la relación de convivencia, la salud y bienestar del cuidado, y los cuidadores (De Valle-Alonso et al; 2014).

Ante el crecimiento de la población de los cuidadores y la necesidad de apoyo a estos, el Gobierno de México por medio del Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), creó cursos en línea para cuidadores informales, con el objetivo de proporcionar conocimientos y habilidades, permitiendo el desarrollo de sus funciones y autocuidado, dando visibilidad de las necesidades de dicha población y la importancia de la atención a esta (ISSSTE, 2017).

Acorde con lo anterior, una investigación publicada en el año 2019 en México por el Banco Interamericano de Desarrollo en el área de protección social y salud, menciona las ofertas de servicio brindadas a cuidadores en sus distintas modalidades. El servicio público y de sectores privados sin fines de lucro a asistentes en el hogar de personas con alguna dependencia, no cuentan con instituciones que les brinden un servicio, dejando únicamente al sector privado con fines de lucro como las principales instituciones que da servicio de cuidados primarios. En el sector privado

ofrecen servicio a los hogares con personas dependientes, brindando apoyo a actividades básicas como terapias físicas, asistencia de enfermería y actividades diarias, sin embargo, este apoyo se da por medio de profesionales o personas capacitadas en los cuidados de una persona dependiente, dejando en claro que no se capacita al cuidador informal, si no que se provee cuidadores de diferentes empresas ya capacitados que se asignan por un pago y se les envía al hogar que lo requiere, conocido como servicio a domicilio. Por otro lado, a nivel público y privado sin fines de lucro, sí existe apoyo a familiares de personas que requieren asistencia, para tratar enfermedades específicas, brindándoles cursos de capacitación para el cuidado de la persona dependiente, es decir, se capacita para cuidar al enfermo, pero no se atienden las necesidades del cuidador primario informal, dejando a este de lado (López-Ortega y Aranco, 2019, p.35, p.47).

En la búsqueda para resaltar a los cuidadores informales y su actitud ante su función que lleva a la sobrecarga, desarrollando problemas físicos y emocionales, en una investigación realizada por la Universidad Nacional de México en la facultad de estudios superiores de Iztacala, por medio de la revista electrónica de psicología de la misma, abordó aspectos importantes de los procesos que lleva el cuidador de un enfermo crónico, destacando la etapa social en un deterioro por la sobrecarga de este ante las situaciones psicológicas que se presentan. En su interacción con otros y la modificación de sus actividades sociales que son sustituidas por los cuidados al enfermo, se desarrollan sentimientos de rechazo a la familia o entorno ante la sensación de falta de apoyo y recursos, viendo los cuidados al enfermo como una obligación. Dicha obtención de información fue realizada por medio de entrevistas semiestructuradas en contacto con el cuidador, y su desarrollo en la función (González y Reyes, 2012, pp. 658-659).

En la misma investigación planteada en el párrafo anterior se destacan factores importantes del cuidador, uno de ellos es que los cuidadores informales se ofrecen de manera voluntaria a los cuidados del enfermo crónico, debido a puntos importantes como sus conocimientos de la enfermedad, manejo de cuidados y procesos emocionales del cuidado. Ligado a esto se destaca el apoyo de los vínculos familiares por un corto periodo de tiempo, sin embargo, en tiempo prolongados deja de existir el apoyo y se deja de lado al cuidador principal, el cual conlleva sus propios procesos emocionales ante el cambio de rutina y atención al cuidado, ya que sobre él caen decisiones de vital importancia y se vuelve el medio de comunicación de la enfermedad, como lo comunica González y Reyes (2012). La familia sin duda tiene un papel importante en el cuidado

del enfermo según las necesidades este, también existen factores que influyen en la dinámica familiar, sobre todo cuando son enfermedades degenerativas, presentándose indiferencia hacia el cuidador primario informal y ante su sobrecarga de manera física y psicológica centrándose en el enfermo únicamente, el cuidador queda a un lado y los efectos de la sobrecarga si es que existen, pueden llegar a agudizarse ante el deceso de la persona cuidada.

World Health Organization (WHO) describe la depresión como un trastorno mental que mayormente se presenta en cuidadores informales (familiares) de personas dependientes, afectados por condiciones familiares, conductuales y cognitivas de la persona cuidada. Los cuidadores primarios informales resaltan en varios estudios por su sintomatología clínica alrededor de su función como cuidador, encontrando factores de riesgo en su salud (WHO, 2004; Vázquez et al; 2010).

Las personas cercanas al dependiente o enfermo suelen ser los más afectados ante algún tipo de desgaste emocional e incluso en la salud física. La gran mayoría de los cuidadores desarrolla problemas como dolores físicos, temblor, bajo apetito, problemas gástricos, sensación de falta de aire y ahogo, arritmias y palpitaciones, sudoraciones, vértigos, alergias inmotivadas, trastornos del sueño (insomnio o sueño no reparador), fallas objetivas en la memoria (no sólo subjetivas), sobrecarga y diversas situaciones de un “estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar a dicho enfermo” (Ruiz y Nava, 2010, p. 164).

Dentro de este orden de ideas el desgaste o sobrecarga del cuidador primario informal se presenta ante múltiples situaciones, el cuidado de una persona tiene una gran responsabilidad. Las cargas excesivas no son saludables en ningún contexto y la exposición a estas por un largo periodo de tiempo pueden llegar a traer daños en la salud y deficiencia en las tareas como cuidador, así como desgaste emocional y físico, con repercusiones que puede llegar tanto de manera psicológica como social (Ruiz y Nava, 2010, p.164). Los cuidadores que sufren de este desgaste suelen dedicarle casi todo su tiempo al paciente, incluso dejando sus actividades personales para dedicar su tiempo y cuidados a este, brindando un cuidado de manera solitaria y sin apoyo de otros.

Antecedentes

En el apartado que se presenta a continuación se dan a conocer diferentes cifras, porcentajes e intervenciones acordes a la sobrecarga que presentan los cuidadores en relación a la función que realizan, brindando información de investigaciones, intervenciones y recopilación bibliografía acorde a la atención de dicha población, que da una perspectiva de lo que se ha realizado con anterioridad en el abordaje de la atención psicológica, emocional y social. Dentro de los diferentes antecedentes destacan los abordajes psicosociales, psicoeducativos y de resolución de conflictos.

La revista Iberoamericana de las ciencias y la salud (RICS) reporta que en un estudio realizado en el año 2018 por la Universidad Autónoma de Yucatán e implementado dentro de esta misma, se aplicó la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional (MCDO) a 18 cuidadores primarios informales, para saber de su grado de carga en el desempeño de la función y la limitación de sus actividades personales, dando resultados demográficos de los cuidadores primarios informales que en su mayoría fueron mujeres quienes implementan este papel en un 83.3% oscilando en edades a partir de los 30 años. Dentro del mismo estudio se logró identificar el tiempo prolongado de cuidado y la cercanía al enfermo en el marco de su función, donde el 50% de dichos cuidadores desempeñan el papel siendo familiares directos de la persona dependiente o enferma, con un estimado tiempo de cuidados al día entre las 7 y 24 horas, realizando en su mayoría la función desde hace 2 años o más, dentro de la familia (Hijuelos et al; 2018, p.2).

En una revisión de intervenciones a cuidadores realizada por Javier López de la Universidad de San Pablo CEU y María Crespo de la Universidad de Complutense de Madrid (2007), en 54 intervenciones previas encontradas en bases nacionales de datos e internacionales en fuentes como PortalMayores, Psicodoc, Psyke, Ageline, Cochrane Library, Medline, Psycinfo que van desde el año 1980 hasta el año 2004, toman como referencia de selección el enfoque en la reducción de las afectaciones emocionales en cuidadores. En los resultados de la investigación se tomó en cuenta la reducción de malestar emocional en los cuidadores informales, con el objetivo de valorar dichas intervenciones ante el malestar a niveles conductuales, donde síntomas como la depresión se presentaron por medio de intervenciones psicoterapéuticas, permitiendo definir la importancia de un seguimiento a la población tras los efectos de la sintomatología en la sobrecarga. Entre las diferentes intervenciones analizadas para obtener una perspectiva amplia de la influencia del apoyo a dicha población, se encontraron herramientas de intervención como psicoterapia grupal e

individual, psicoeducación, estimulación cognitiva y de respiración, manejo de conductas, apoyo de información, manejo de la depresión, control de ira, terapias familiares, estimulación a la realización de actividades gratificantes, solución de problemas, autoayuda, modificación del entorno y aprendizaje en el manejo de medicamentos en la función de cuidador (López y Crespo, 2007, pp. 74-76).

En las intervenciones recabadas durante la investigación se observó la prevalencia del método psicoterapéutico, seguido de lo psicoeducativo y grupos de autoayuda. En cada una de estas formas de abordar al cuidador, como punto importante se resaltó que en aquellas intervenciones con resultados favorables influyó la prevalencia y duración de los programas, siendo una variable importante para su efectividad en la reducción de sintomatologías (López y Crespo, 2007).

Como se ha expuesto en las investigaciones antes citadas, la diversidad de técnicas utilizadas en las intervenciones y sistemas de abordaje a la problemática, llevan el mismo objetivo el cual radica en el apoyo a la cuidadores primarios informales en las diferentes áreas de la afectación de la salud, a través de intervenciones realizadas demostraron desde distintos enfoques, la evolución de las intervenciones y los distintos abordajes que se da, en apoyo a la resolución de la problemáticas de los cuidadores y sus resultados, permitieron ver las diferentes técnicas utilizadas, enfoques y herramientas de atención.

En apoyo a los cuidadores, investigadores de la Universidad Autónoma del Estado de México realizaron una intervención enfocada a los diferentes contextos del cuidador primario. En la intervención que se aplicada, el objetivo principal era disminución de la sobrecarga y las repercusiones psicológicas de los cuidadores primarios, se observó la adaptación de los roles nuevos del sistema familiar del enfermo, entre estos el del cuidador, caracterizado por la incapacidad de la adquisición de su función, refiriéndose a una falta de capacitación del rol, lo cual generó la sobrecarga, obteniendo dichos resultados con evaluaciones previas de hechas por medio del test especializado Zarit, encargado de identificar la carga en cuidadores, el Cuestionario de percepción de estrés (CPE) y el cuestionario general de salud (GHQ-28). Según los resultados del diagnóstico previo se decidió intervenir con 7 sesiones terapéuticas y psicoeducativas, donde se trabajó con 9 cuidadores, abordando temas específicos del contexto familiar y la enfermedad, conocimiento de la enfermedad, lo que ocurre cuando se cumple la función de cuidar al enfermo, manejo de emociones, apoyo y acuerdos, y etapas del duelo ante al cambio. Como resultado de

dicha intervención se observó un claro índice de disminución de sobrecarga en el 77.8% de los participantes (Gómez y Ruiz, 2014, p.3, p.13, p.70).

En relación a las diferentes investigaciones presentadas el incremento de personas dependientes ha sido notorio en México, por consiguiente, la aparición de cuidadores primarios también, llevando a realizarse diferentes estudios en la población. Por medio intervenciones como la publicada en la Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2016, donde el principal objetivo era observar la percepción del cuidador primario ante las intervenciones del personal de enfermería en los cuidados del enfermo, utilizando herramientas que le permitieran ver dicha percepción con claridad, de manera estadística. Se realizó un estudio transversal con 39 cuidadores de pacientes hospitalizados, utilizando pruebas de validez como la de Kruskal Wallis que sirve para la confiabilidad y obtención de datos certeros. Una de las percepciones destacadas del cuidador fue la comunicación, ya que su relación con el enfermo y su contexto familiar mejoró ante el apoyo del personal de enfermería en los cuidados, en la realización de su función, destacando un punto de oportunidad en el apoyo de la relación con otros del cuidador. Los cuidadores vieron mejora en su comunicación en un 51.3% y en 87.2% sintió que la intervención le fue de apoyo en su trabajo como cuidador, favoreció a su comportamiento acorde a la situación de enfermedad del cuidado (Guerrero-Nava et al; 2016, p.91).

Las intervenciones en cuidadores son diversas, sin embargo, se destacan las intervenciones psicoeducativas y otras con factores psicoemocionales, como apoyo a cuidadores para la concientización de sintomatología física, emocional y psicológica de corto y largo plazo, de la sobrecarga como en el caso de la intervención en la Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, del departamento de ciencias y salud de la misma, la cual buscaba la educación emocional mediante un programa de apoyo a dichos cuidadores con objetivo de la atención a las necesidades de la población perfilada a la comprensión y la desaparición de sintomatología relacionada con el desgaste de las funciones del cuidador primario informal, donde se usaron herramientas diagnósticas como el inventario de depresión de Beck y APGAR familiar, que permitieron la adaptación de la intervención terapéutica. La intervención se conformó de 28 cuidadores en una preevaluación y que durante la implementación del programa solo 15 formaron parte de un estudio final. Se aplicaron 7 sesiones terapéuticas con un seguimiento después de un periodo de tiempo de tres meses, donde la disminución de la sintomatología disminuyó solo en problemáticas no graves.

Los síntomas graves tuvieron una disminución, pero la sobrecarga continuó presente. En esta intervención a diferencia de las otras antes presentadas no fue tan favorecedora, sin embargo, en un abordaje de la discusión de los resultados, destaca la normalización de la sobrecarga por parte de los cuidadores (Martínez, 2017, p.13, p.33).

En intervenciones con cuidadores, existen las enfocadas a cuidadores de enfermedades específicas como la que se realizó en el oeste de los Estados Unidos en familiares cuidadores de pacientes con cáncer. Como primera fase se evaluó la adaptación y viabilidad del programa que llevaba como objetivo las terapias terapéuticas en la resolución de conflictos en relación con los problemas que generan ansiedad a los cuidadores, depresión y su deterioro de la calidad de vida. Las herramientas de viabilidad que se utilizaron fueron, las terapias estructuradas aplicadas en el centro de salud académico en el medio oeste de los estados unidos a 83 cuidadores, las cuales fueron aplicada previo al análisis de estadística descriptiva para la determinación de la viabilidad, analizados mediante regresión múltiple por mínimos cuadrados ordinario, encontrando resultados favorables para la continuación del programa. Posteriormente se aplicaron 3 sesiones terapéuticas enfocadas a la resolución de problemas mediante videoconferencias vía web o por teléfono. En los resultados finales, quienes recibieron la atención habitual, los cuidadores reportaron menos ansiedad en un valor de $p=0.03$, al contrario de la depresión con $p=0.07$ y la calidad de vida $p=0.06$ sin cambios significativos. En conclusión, dicho estudio arroja, que la terapia en la resolución de problemas enfocada a la ansiedad de cuidadores familiares con cáncer es viable, sin embargo, la intervención recomienda aplicarse este mismo programa en otros sitios que den aún más información (Washington et al; 2018).

European Journal Of Oncology Nursing publicó un estudio de intervención en cuidadores primarios de mujeres enfermas con cáncer de mama realizado en Nigeria, con el objetivo evaluar un programa psicosocial en la calidad de vida de estos cuidadores, utilizando un estudio cuasiexperimental formado por 108 cuidadores, con un grupo control de 54 cuidadores. Dentro de la intervención realizada con un formato de sesiones educativas con duración de 90 minutos de manera semanal en un periodo de 6 a 12 semanas, se dio información de la enfermedad del cáncer, cuidados emocionales, estrategias de comunicación y función del cuidador. La evaluación se realizó mediante la prueba Zarit (ZBI) de sobrecarga en cuidadores, y el índice de calidad de vida del cuidador. Dichas pruebas se aplicaron al inicio de la intervención y al final se está, después de

la semana seis y doce. La intervención demostró disminución de sobrecarga en cuidadores, así como en el grupo control de un $p=0,000$ a un $p=0,018$ y una mejora en su calidad de vida de $p=0,000$ a $p=0,020$, dejando como conclusiones que una intervención psicosocial tiene efectos favorables en la sobrecarga y calidad de vida del cuidador con apertura a una investigación más amplia del área (Gabriel y Mayers, 2018).

La Universidad Autónoma del Estado de México del Centro Universitario UAEM Nezahualcóyotl, por medio de la licenciatura de Educación para la salud, realizó la aplicación de un programa de disminución del índice de sobrecarga en cuidadores informales de adultos mayores en el Estado de México. El programa se implementó con el objetivo de la disminución de la sobrecarga en cuidadores informales de adultos mayores, el cual fue conformado por 28 cuidadores, con edades de los 28 a 78 años, en un periodo de 5 sesiones semanales con una duración de una hora y media cada una, utilizando el test Zarit que mide la sobrecarga en cuidadores, en la obtención de información antes y después de la intervención. En cada una de las sesiones de intervención se trataron diferentes temas psicoeducativos como herramienta para el autocuidado del cuidador, resiliencia, calidad de vida, trastornos de salud acorde al trabajo del cuidador, relajación y tiempo libre, y espacios de apoyo en la capacitación de su función. Los resultados de este programa demostraron cambios significativos según la pre y post evaluación, en un análisis de cada uno de los ítems de la escala de sobrecarga Zarit (Trujillo, 2018).

En relación con la presentación de las diversas intervenciones y en una búsqueda de información actualizada acerca de cuidadores informales, en el año 2019 se realizó una recopilación de datos de intervenciones psicosociales de cuidadores informales de personas con cáncer. El objetivo principal de dicha recopilación y análisis de intervenciones psicosociales era evaluar su diseño enfocado a la calidad de vida, la salud física y el bienestar de los cuidadores informales al contraste en la atención habitual que se les brinda. Se realizó una búsqueda en bases de datos como CENTRAL, MEDLINE, Embase, PsucINFO, ProQuest, Open SIGLE, y sitios científicos desde los más antiguos, hasta el mes de enero del año 2018. Algunos criterios de selección de las diferentes intervenciones eran que estas, trabajasen con la depresión, ansiedad, malestares psicológicos, estado de salud físico y la satisfacción del estudio, acorde al cuidador informal. El trabajo de investigación bibliográfico fue realizado por medio de pares especialistas del área, obteniendo un total de 19 ensayos destacados de 3725 participantes. En los resultados

obtenidos en la recopilación de los investigadores, las intervenciones psicosociales demuestran una mejora clara del cuidador informal después de su aplicación, sin embargo, pueden tener poco o ningún efecto sobre la depresión, ansiedad o su calidad de vida de manera inmediata, pero sí a largo plazo desde los tres a los doce meses posteriores. En una discusión del análisis de los estudios se plantea la dificultad para obtener resultados firmes de este tipo de intervenciones, ya que se necesita detalle en las evaluaciones, para definir su efectividad, así como descripciones específicas de su procedimiento (Treanor et al; 2019).

En una investigación biográfica para evaluar las necesidades del cuidador y su calidad de vida, una de las necesidades destacadas de los cuidadores de pacientes con cáncer, es la necesidad de apoyo de otros, seguidas de necesidades como incertidumbre a futuro, emocionales e información, que genere mayor satisfacción alrededor del enfermo, la mayoría de estas necesidades influidas alrededor de la persona cuidada, para una mejora de la calidad de vida. El contexto en el que se encuentra nos dice grandes cosas de su percepción y, sus necesidades físicas y emocionales de autocuidado. Dichos descubrimientos antes planteados hacen hincapié al desarrollo de programas de intervención en esta población, que puedan involucrar estrategias de regulación emocional, psicoeducativas, autocuidado y apoyo emocional (Rosado et al; 2021, pp.151-153).

Las distintas intervenciones e información presentadas en este apartado da una idea de las técnicas que pueden ser o no efectivas en la aplicación de un programa de apoyo a cuidadores, recordando que no radica en su funcionalidad, si no en el tipo de población a la que se desea abordar y su contexto, así como variables importantes que quedan al descubierto ante la búsqueda de diferentes programas de intervención y su efectividad, brindando herramientas de referencia para una adaptación de intervención y la perfilación de sus objetivos.

Justificación

A partir de la distinta información consultada y del contexto brindado, es de vital importancia dar un fundamento del motivo de intervención en la población de cuidadores primarios informales. El estudio de intervención psicoterapéutica presentado lleva un enfoque de fines educativos, investigativos y de apoyo a una población, brindando información de una problemática y de su relevancia social.

Los cuidadores primarios informales son vistos, como aquel que permite al enfermo tener una calidad de vida, sin embargo, ser parte esencial de cubrir las necesidades de otro ser humano implica que se pueda dejar de lado las de uno mismo, desde salud física, mental y emocional (Escardo, 2020; Pérez et al., 2013). Distintas intervenciones aplicadas a cuidadores primarios informales de corte psicosocial, psicoeducativo, resolución de conflictos y cognitivo conductuales, han resaltado la importancia de atención a dicha población, así como el desarrollo de distinta sintomatologías y trastornos durante la función de cuidar (Lopez y Crespo, 2007; Treanor et al., 2019).

El proyecto de intervención busca dar visibilidad a esta comunidad, para brindar información a los profesionales de la salud mental, acerca una población invisible socialmente pero visible desde el ámbito familiar y económico, apoyando desde distintos enfoques la problemática acorde a la función que realizan, permitiendo generar una red de información y posible apoyo a los cuidadores desde la psicoterapia Gestalt, llevando un enfoque diferente de atención a la problemática, a favor de generar una comprensión de la importancia del papel que cumplen y las implicaciones de su función.

Visibilizar una problemática permite la comprensión del otro, la mejora de las relaciones y el desarrollo de programas de apoyo a esa comunidad, resaltando la importancia de la trascendencia de la intervención, aperturando a la retroalimentación, anexo de información, variables para otros proyectos e incluso la aceptación social de un problema (Godoy et al; 2020). La intención de haber realizado este proyecto de intervención desde un enfoque psicoterapéutico, es la difusión de una idea, que facilite el acceso a un nuevo conocimiento, permitiendo la expansión científica de un área, siendo incluyentes con toda la población, y que desde una perspectiva Humanista y de Educación para la Paz, con la mirada profesional y desde la ética como persona, se contribuya al desarrollo de procesos de intervención futuros, que impacten de manera social, esperando que

como primera instancia llegue la información a instituciones de apoyo y capacitación a cuidadores primarios informales. De esta manera, por medio de la identificación del proceso, a través de la psicoterapia Humanista en relación la sobrecarga emocional que viven los cuidadores primarios informales y las afecciones que esta genera, se permita crear propuestas orientadas a la atención de las necesidades que la población requiere, desde distintos enfoques.

En este sentido se comprendió un proyecto de intervención que llegó con grandes retos, como la prevalencia de la población en el desarrollo del programa de intervención, la adaptación de manera continua del programa a las necesidades presentadas y el cierre de instituciones a las que se tenía contemplado acudir en el acceso al sujeto de estudio, que apoyaran el desarrollo de dicho programa. Al realizarse la intervención en una población en específico con cierto perfil de trabajo, aparecieron los obstáculos como los anteriores planteados, sin embargo, la riqueza del programa, la flexibilidad y su gran adaptación a diferentes contextos e instituciones, brindó un proyecto rico en alternativas, soluciones y previsiones ante posibles problemas en el desarrollo. Es por eso que el proyecto se basó en una población con características particulares que permitió la adaptación del tiempo brindado para la implementación y desarrollo de este, dando fuentes de información y apoyo profesional accesible para la recopilación de la información que se pudo obtener, contando con un repositorio informativo en el área de la carrera, bibliotecas de uso accesible, habilidades brindadas para diseño de entrevistas, trabajos de grupos focales y pruebas estandarizadas enfocadas a la temática del trabajo , entre otras herramientas que permitieron el éxito de esta intervención.

Pregunta de intervención

¿Cuál es el proceso de intervención psicoterapéutico Gestalt enfocado en la intencionalidad de los estilos de contacto, en la sobrecarga emocional de los cuidadores primarios informales?

Objetivo General

Describir el proceso de intervención psicoterapéutico Gestalt enfocado a la intencionalidad en los estilos de contacto, en la sobrecarga emocional de los cuidadores primarios informales.

Objetivos específicos

✓ Identificar los componentes de la sobrecarga emocional, así como los estilos de contacto en los cuidadores primarios informales.

✓ Elaborar e Implementar un programa de intervención psicoterapéutico Gestalt enfocado a la intencionalidad de los estilos de contacto, en la sobrecarga emocional en los cuidadores primarios informales.

✓ Valorar a través del análisis el programa, la intervención psicoterapéutica en cuidadores primarios informales.

Supuesto Hipotético.

La intervención psicoterapéutica bajo un enfoque Gestalt, orientada al manejo de la sobrecarga emocional, mediante el trabajo de la intencionalidad de los estilos de contacto gestálticos, promueve la libre expresión de las necesidades y el manejo de las emociones en los cuidadores primarios informales.

Capítulo I. Marco Teórico

Cuidadores

El origen etimológico de la palabra cuidador, se refiere a aquel que cuida, resguarda y protege. En su significado según la investigación Astudillo y Mendinueta (2003) colaboradores y escritores de la sección 7 del libro “Guía de recursos sanitarios y sociales”, donde se habla de las necesidades del cuidador, en este indica al cuidador como aquella persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, siendo su trabajo la atención directa al paciente, en su papel al ser intermediario y organizador (p.238).

El cuidador o cuidadores son personas o instituciones que toman la responsabilidad de hacerse cargo de una persona con un cierto nivel de dependencia, con regularidad estos suelen ser familiares, personal de alguna institución, voluntarios o personal especializado contratado para los cuidados necesarios de la persona dependiente, haciéndose cargo de sus requerimientos físicos o psicológicos (Delicado et al, 2016). Aquella persona que se hace responsable del cuidado y apoyo de la persona dependiente o enferma, tanto en casa como en el hospital o en consultas, a esta persona se le conoce como cuidador primario (Rangel-Domínguez, 2017, p.4).

La función principal del cuidador es permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándole a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad les impone (Ruiz y Nava, 2012, p.164). En las funciones básicas del cuidador están: aseo, vestimenta, alimentación, traslados o acomodos del cuidado. Las funciones del cuidador son varias hacía la persona que se encuentra al cuidado, a esto también se suman las actividades personales propias del cuidador, desde sus propios períodos del sueño, alimentación, atención a su familia, aseo entre otras (Rivas y Ostinguin, 2011; Sociedad Española de Neurología, 2014).

En investigaciones y estudios realizados para la realización de guías a los cuidadores, se mencionan las primeras características que adquiere el perfil del cuidador, como lo son el acompañamiento, asistencia, supervisión, y dependencia. Ser cuidador primario requiere de un proceso de adaptación, el trabajar con personas lleva un proceso de asimilación a la conducta, necesidades y adquisición de habilidades que se adquieren paulatinamente según la persona te permita realizar el trabajo, sobre todo cuando un familiar cercano es quien se convierte en cuidador primario (Ortega et al; 2016, p.5, pp.13-35).

Tipos de cuidadores

Dentro de los cuidadores existen diferentes categorías según su relación con el enfermo y preparación académica, así como su implicación en el cuidado de la persona dependiente. Los cuidadores que se presentan a continuación pueden estar en un mismo entorno según los cuidados necesarios, siendo términos utilizados en diferentes investigaciones, pero que con el tiempo han sido adaptados en un mismo concepto.

Existen diferentes tipos y definiciones de cuidadores acorde a los cuidados de un paciente, *el cuidador principal*, término utilizado en aquellos encargados de la atención de los cuidados del enfermo o anciano, que con regularidad vive en el mismo hogar que el enfermo teniendo una relación familiar o de otro tipo, identificándose con la persona dependiente con tal título. También están los cuidadores primarios, *el cuidador formal* cuenta con una formación previa, incluso educativa para el cuidado de una persona enferma y que regularmente obtiene una remuneración económica al realizar la tarea (enfermeros, doctores etc.), *el cuidador informal* forma parte del entorno de la persona no autónoma, colaborando en el cuidado de este, sin embargo, no pertenece a alguna institución gubernamental, caracterizándose por vivir en el mismo domicilio del enfermo y ser con regularidad un familiar directo al cuidado (esposo (a), hijo (a), hermano (a), etc.) que cuenta con un vínculo afectivo fuerte con el paciente, asumiendo una gran responsabilidad sin una retribución económica en su trabajo, y que cuenta con conocimientos precisos de la dependencia o enfermedad por la cercanía al enfermo, tomando decisiones importantes acerca de su salud y cuidado (Ortega et al., 2016, pp.9-10; Rivas y Ostinguin, 2011, p.51-52).

Por último, tenemos al *cuidador familiar*, siendo el que proporciona supervisión a la discapacidad, dando un cuidado dentro de casa o instituciones médicas, que no solo engloba a familiares, si no a personas cercanas a la situación de enfermedad y que tienen conocimiento de esta, no suelen dedicarse la totalidad de su tiempo al cuidado del paciente, pero sí a estar informados del progreso en su salud (Rivas y Ostinguin, 2011, p.52).

Cuidador primario informal. En los anteriores significados, queda claro que la terminología de estos radica en las funciones de cuidado que brinda y la cercanía a la persona dependiente, por lo que los significados tienen un amplio parecido unos con otros, incluso en algunos artículos, y guías de cuidadores, los cuidadores primario informales, tiene una estrecha relación con los cuidadores principales, debido a sus funciones de cuidado y apoyo con grandes similitudes existiendo

combinaciones de estas funciones y que a lo largo de avances investigativos en el área de cuidadores, las palabras se han adaptado. Un ejemplo es que la palabra principal es utilizada en sustituto de primario y viceversa en diferentes estudios de cuidadores, dejando en claros que son cuidadores cercanos al paciente y llevan una gran carga de cuidado con un vínculo cercano, sin embargo, doy una definición en específico de la terminología del cuidador primario informal abordado en la intervención. El *cuidador primario informal* es quien adquiere una responsabilidad de manera voluntaria en el cuidado de una persona dependiente, ayudándolo en actividades que no puede realizar por sí mismo. Con frecuencia es cercano a su círculo social o es parte de su familia, dejando en claro que no recibe ninguna retribución económica en su función y que inicia las atenciones sin información o capacitación previa a dicha situación de cuidado, el cual no cuenta con estudios profesionales en el área de la salud, adquiriendo durante la implementación de su función las herramientas en las atenciones de una persona, aprendiendo durante el desarrollo y progreso de las necesidades del otro, dedicando grandes cantidades de tiempo al cuidar siendo su función principal, y que casi siempre comparten vivienda con el cuidado (Rivas y Ostinguin, 2011, p.52; Islas et al., 2006, p.267; Ruiz y Nava, 2012, p.165-166).

Sobrecarga

El *síndrome del cuidador primario* es también conocido como *sobrecarga*, y se presenta en personas que brindan cuidando a otras, las se encuentran en un estado de dependencia o enfermedad, lo cual puede traer consigo repercusiones físicas, mentales y sociales de la persona que ejerce este papel (Thomen, 2019).

El término *sobrecarga* desde el contexto histórico, y desde su origen se le nombró como *Burnout* o “estar quemado” surgió en los setentas en Estados Unidos por Herbert Freudenberger un médico psiquiatra especialista de la salud, el cual observó que algunos voluntarios que trabajan en clínicas de desintoxicación durante el proceso de acompañamiento brindado a otros para dejar las drogas, en un tiempo transcurrido de 1 a 3 años, presentaban sintomatologías similares, que reflejaban agotamiento, irritabilidad, desarrollo de depresión, ansiedad, desmotivación, falta de interés, entre algunas otras. Entre las características sobresalientes de aquellos que presentaban el *Burnout*, estaba la falta de un horario permanente, trabajando un índice alto de cantidad horas al

día, pocos ingresos económicos, y una descarga emocional fuerte hacia la persona acompañada. El término también era utilizado para referirse a las personas con un consumo alto de sustancias dañinas, utilizada en el área deportiva y artística. Christina Maslach dio a conocer el término por medio del Congreso Anual de Asociación Americana de Psicólogos (APA), en 1977, explicando los procesos que llevan a los cuidadores en la atención a otros y el desarrollo del desgaste al estar expuestos periodos de tiempo prolongados en dicha función (Maicon et al.,2010, p.169; Marrodan,2009). Los cuidadores pueden manifestar los síntomas de la sobrecarga de manera física, por medio de mareos, dolores de cabeza, dolores musculares, problemas digestivos, entre otros con síntomas psicológicos y emocionales, como la ansiedad e irritabilidad.

La *sobrecarga* se presenta ante la presión del entorno, al adquirir tal responsabilidad sobre el cuidado de una persona, lo llevan a pensar negativamente ante acciones de su cuidado propio. Las cargas excesivas no son saludables en ningún contexto, y por un tiempo largo pueden llegar a traer daños en la salud, deficiencia en las tareas para la persona cuidada, un profundo desgaste emocional y físico, que con regularidad experimenta la persona que convive y cuida del enfermo crónico (Ruiz y Nava, 2012, p.164). La sobrecarga tiene muchas formas en los que se presenta, desde estado físico, intelectual, conductual y emocional, el desgaste comúnmente suele manifestarse en múltiples áreas. La vida de quienes atienden a una persona dependiente puede verse afectada de diferentes maneras. Con frecuencia se experimentan cambios en las áreas de las relaciones familiares, en el trabajo y situación económica, tiempo libre, salud y estado de ánimo. Aunque los cambios que ocurren parecen ser únicamente negativos, algunos también pueden ser positivos, como la satisfacción de cuidar y la dinámica familiar (Sabater,2020).

Desde otra forma de ver la sobrecarga en una mirada de la psicología humanista, se dice de la importancia de las necesidades de cada persona y que ante no ser cubiertas estas necesidades básicas desde el contexto en que el ser humano se desarrolla, puede venir una manifestación física o emocional inadecuada de la mente y el cuerpo en su búsqueda por cubrirlas. En la psicología humanista de sus orígenes, Abraham Maslow habla de cinco necesidades básicas, siendo estas: fisiológicas, seguridad, pertenencia, reconocimiento y autorrealización. La búsqueda de dichas necesidades viene de la mano de un trabajo, de las potencialidades y capacidades de la persona, en unas manifestaciones de emociones (Castanedo y Munguía, 2012).

En la psicología Gestalt se relaciona la sobrecarga al conflicto, desde este enfoque es un *ajuste creativo* que permiten a la persona sobresalir ante la crisis, Carl Roger y Fritz Perls hablan de la *autorregulación organísmica*, que tiene como finalidad la búsqueda del equilibrio (López, 2020; Rogers, 1992). La teoría organísmica dicha por Wertheimer habla de la integración de elementos del campo, es decir, que la estructura es parte fundamental para la construcción de un sistema, aplicando esto a la experiencia (Taragano, 1974). La teoría antes comentada deja ver la importancia de la percepción con la que se visualiza cada situación, el conocimiento y las herramientas con las que se cuenta, serán parte importante de la experiencia.

Sobrecarga emocional

La sobrecarga emocional es un contexto que se presenta desde la salud mental, ante la acumulación de sentimientos, pensamientos y sensaciones de un agotamiento mental y físico. El ser humano es una persona llena de sensaciones por ende es un ser emocional, sin embargo, eso lo hace vulnerable, expuesto a crisis que nos hablan de emociones en proceso de desbordamiento. El agotamiento del ser humano en el área emocional suele afectar otras áreas, como la dificultad al concentrarse, en la interacción con otras personas del entorno, hipersensibilidad, cansancio físico, dependiendo de la persona que lo manifieste y el contexto (Li-Quiroja et al., 2015; Sabater,2020).

Las emociones juegan un papel de alta importancia para el cuidador primario informal, en el libro “psicología de la emoción” que se basó en diferentes teóricos, hace referencia a la importancia de las emociones en el razonamiento y toma de decisiones de la persona. Cada decisión es asociada con las emociones, generando consecuencias ante situaciones críticas, ya que estas juegan un papel en la evaluación de información que llega de fuera y que interfiere con el estado emocional y las sensaciones físicas (Fernández-Abascal et al; 201, pp. 18-21).

La sobrecarga emocional se suele manifestar por medio de fatiga física y psicológica, en un proceso de la disminución de herramientas emocionales, perdiendo la función de disfrutar, desarrollando emociones negativas, lo que provoca la evitación de involucrarse de manera emocional en ciertas situaciones, por la percepción que está teniendo de su entorno y de él mismo, en una dinámica de presión constante, autorreproches, e inadaptación que lo llevan a la evitación de relaciones interpersonales. La sintomatología en la sobrecarga emocional, suelen ser la irritabilidad, agresividad, llanto sin justificación, sentimientos de desesperanza o en sintomatología

más grave, apatía, rigidez, depresión, baja autoestima, intelectualización como defensa ante las emociones contenidas, entre otras (Escardo, 2020; Pérez et al., 2013).

Las emociones forman parte de diferentes niveles de consciencia como medio de integración de un *darse cuenta*, siendo fuerza esencial para el actuar. Las sensaciones, emociones y sentimientos serán esas primeras reacciones que guiarán la percepción de las experiencias y consciencia inmediata, que no llevan ninguna concientización si no un sentir de agrado y desagrado, estos elementos son esenciales para la experiencia a nivel cognitivo ya que permiten y facilitan las necesidades psicológicas y de trascendencia llevando un proceso emocional (Muñoz, 2012).

Estilos de contacto

En Gestalt refiere esencialmente de la comunicación interpersonal e intrapersonal, como aquella comunicación que permite la satisfacción de necesidades, que expresan la forma de comunicarse con uno mismo y su entorno, Carl Roger un psicólogo Humanista influenciador de la Gestalt, habla del poder de la empatía en las relaciones con otros, desde una capacidad de comprensión y aceptación incondicional refiriéndose a la comunicación con el otro, sabiendo de manera consciente que es un ser con emociones, experiencias y con una historia de vida diferente, la que lleva a la congruencia en lo que se hace y se dice (Barceló, 2012; Rogers, 1992).

En la actualidad la neurosis desde la psicología Gestalt se menciona en los mecanismos neuróticos, procesos de contacto o *estilos de contacto*. Los mecanismos neuróticos o estilos de contacto, según una gran variedad de autores, también pueden portar otro nombre como resistencias, bloqueos, e interrupciones, los cuales forman parte de los ajustes creativos, autorregulación orgánica y del ciclo de la experiencia. El comportamiento neurótico es un hábito aprendido que suele tomar un estilo represivo del comportamiento ante las necesidades, dichos comportamientos suelen ser parte de lo que se llama *ciclo de la experiencia* (Fogarty et al., 2016; Perls et al., 2003; Kepner, 2000).

Zinker en Kepner (2000) refiere que los bloqueos o resistencias son un área funcional de la persona, lo puede llevar a un enfoque “somático” de suma importancia en los individuos, en una canalización de expresiones inconscientes, que llega a lo físico y emocional como un aspecto

rechazado el cual es atraído a la consciencia. Es importante tener en cuenta que las personas tienen varios *estilos de contacto*, como lo indican Polster y Polster (1991), Salamá (2002b) y Yontef (1995), en sus respectivos libros, donde se mencionando la funcionalidad y disfuncionalidad de estos en el contacto con el entorno, explicando como comunican con otros y que cada uno tiene una intencionalidad en la forma de contactar. Ante las necesidades emocionales no expresadas, estas se reflejan en la forma de contacto con el otro o el entorno, provocando una disfuncionalidad en la forma de relacionarse y en comunicación de sus necesidades. Existen distintos estilos de contacto, están la postergación, desensibilización, proyección, Introyección, retroflexión, deflexión, confluencia y fijación, los cuales están compuestos por distintos elementos, los cuales se explican en la tabla 1 y 2 (Salamá, 2002a; Spagnuolo,2011; Perls et al.,2003; Polster y Polster, 1991; Kepner, 2000).

Tabla 1

Estilos de contacto. Características.

Postergación

Interrumpir el cierre de la Gestalt dejándolo para después. Evitar la conclusión de una experiencia y en consecuencia no obtener el reposo que da la oportunidad de iniciar una nueva Gestalt (experiencia).

Impedir la continuidad natural de cada momento, como el proceso de asimilación y el reposo.

Introyecto	Temor	Frases
No mereces.	Al éxito.	“luego lo hago”.

Fenomenología

Retardo o discontinuidad de acciones.

Desplazamiento, retraso o autosabotaje.

Temor a triunfar, asociado a la suposición de no merecer el bienestar.

Incapacidad para relajarse, experimentar paz o de estar inactivo.

Perfeccionismo o sobre exigencia.

Preocupaciones excesivas en el desempeño.

Deseo de sacar provecho de todo.

Sensación de vacío o hueco al estar en inactividad.

Suposición de no merecer el bienestar.

Evitar o rechazar nuevas experiencias.

Sensación de desgano o desidia para satisfacer sus necesidades.

Funcionalidad

Buscar obtener lo mejor de cada experiencia.

Ser disciplinado, procurar realizar sus actividades de la mejor manera posible.

Detallista y cuidadoso de no cometer errores.

Competitividad.

Disfuncionalidad

Trastorno depresivo, esquizofrenia, o rasgos pasivo agresivos.

No concluir situaciones.

Actitud egoísta obteniendo sin considerar al entorno.

Baja valoración de sí mismo (autoestima).

Desensibilización

No sentir, bloquear e impedir las sensaciones y sentimientos del mundo externo e interno, negando sensaciones de las necesidades.

Introyecto

No te amarán / querrán.

Temor

A sentir, experimentar malestar, sufrir o repetir algún evento traumático.

Frases

“no siento nada nada”, “no siento”.

Fenomenología

Temor a sufrir o repetir experiencias traumáticas.

Partes del cuerpo anestesiadas o paralizadas.

Sensación de vacío.

Negación de sentimientos o emociones (minimizar o disminuir).

Intelectualizar en vez de sentir.

Impedir la experiencia.

Falta de consciencia en el entorno (sucesos).

Funcionalidad

Autoapoyo.

Prioriza sus propias necesidades (inmediatas).

Vive experiencias placenteras.

Disfuncionalidad

Aislamiento,

Actitud retraída (relación de experiencias sensoriales).

Disminución de la energía afectiva (contacto o expresiones de afecto).

Temor a enfrentar lo que siente.

Proyección

Hacer responsable al entorno de lo que se origina en sí mismo, trata una parte de sí mismo como si fuera del entorno. adjunta los sentimientos, deseos, pensamiento, emociones y actitudes al entorno, sin asumir responsabilidad de estos.

Introyecto

Te dañaran y castigarán.

Temor

A ser castigado.

Frases

“por culpa de...”, “debido a...”.

Fenomenología

Rechazo de impulsos propios y su origen.

Separar partes del cuerpo por medio del lenguaje: mi pierna o la pierna...

Conocer más las características del entorno que las propias.

Estado de alerta continuo y desgaste.

Asociado a un sentimiento de culpa o amenazas recibidas que no se han cumplido por lo que culpa a otros.

Carencia de identidad propia.

Desconfianza del entorno.

Percibirse a sí mismo como solo pensamientos.

Minimizar o negar las emociones.

Culpar al entorno de lo que sucede.

Confundir el yo con el entorno.

No ser consciente ni responsable de lo que se proyecta.

No aceptar la responsabilidad de lo que sucede.

Uso de dobles mensajes, insinuaciones o desplazamientos.

Funcionalidad

Anticipar y planear.

Hacer suposiciones basadas en la observación que al ser confirmadas con la realidad del entorno permiten ajustar y corregir.

Creatividad, intuición y presentimientos, necesarios para acercarse al entorno.

Estar atento a lo que sucede en el entorno.

Intuiciones o presentimientos que apoyen ajustes creativos.

Promover cambios y descubrimiento dirigiendo la atención al entorno.

Disfuncionalidad

Actitudes controladoras.

Fantasear.

Vigilar el entorno sin involucrarse.

Inseguridad y ausencia de autoapoyo.

Resolver la ansiedad sin percibir el entorno.

Considerar el entorno malo o inaceptable.

Introyección

Adquirir material ajeno sin discriminar, incorporándolo en actitudes, ideas actitudes y creencias del entorno sin asimilar.

Introyecto

Te rechazarán

Temor

Rechazo

Frases

“debería...”, “debo de...”, “tengo que...”

Fenomenología

Complacer el entorno.

Deseo de resolver situaciones fácilmente.

Obediencia.

Actitudes infantiles y sumisas.

Necesidad o deseo de confiar en el entorno.

Aceptar pasivamente las situaciones tal como se presentan.

Seguir patrones preestablecido.

Renunciar a la identidad propia.

Incapacidad para actuar.

Creencias limitantes.

Victimismo. Intelectualización.

No desarrollar interés en situaciones actuales por estar saturado de órdenes.

Expresión de creencias, mitos, proverbios, frases célebres, cuentos o refranes.

Seguir culpabilidad o remordimiento.

Funcionalidad

Interés en aprender (experiencias, procesos, pautas de interacción social).

Confiar en el entorno apoyándose en la confianza en sí mismo.

Curiosidad por espacio de convivencia (lenguaje, cultura, costumbres, reglas sociales,).

Representar roles o seguir normas socio-culturales que promueven el propio bienestar.

Disfuncionalidad

Masoquismo.

No respetarse a sí mismo, no considerar sus propias necesidades.

Aceptar el autoritarismo, aunque sea contradictorio a lo que piense o se crea.

Amargura acumulada.

Depresión

Creencias limitantes.

Entrometerse en situaciones ajenas.

Resignación por identificación con el entorno.

Inhibir el propio deseo o potencial.

Retroflexión

Meter o contener la energía dentro de sí mismo, negar a influir sobre el entorno, aislándose en sí mismo con la creencia de autosuficiencia, reutilizando su energía interpersonalmente y restringiendo el intercambio con el entorno. Meter o contener la energía dentro de sí mismo. Hacerse a sí mismo lo que desea hacerle al entorno, división interna en la que se sustituye el entorno por una parte de sí mismo.

Introyecto	Temor	Frases
No actúes, si actúas puedes herir o lastimar a los demás o te pueden herir o lastimar.	A herir o ser herido si se expresa, a la propia expresión.	“mejor me aguanto”, “quiero...pero no puedo o no debo o me da miedo”.

Fenomenología

Anhelo de recibir atención del entorno.

Dialogo interno. Indecisión.

Timidez, duda o inhibición de acciones.

Autocontrol deliberado.

Personalidad se divide en dos para autoestimulación, autoconsuelo, autocrítica, autoobservarse, autojuzgarse, automanipularse.

Las acciones sobre sí mismo con llevadas por un introyecto y dirigidas a un aspecto proyectado.

El observador y el observado o el que hace y al que le hacen.

Termo agredir el entorno.

Estrés o fricción interna.

Carecer de energía para atender su necesidad.

Culpa o vergüenza.

Remordimiento, arrepentimiento o reconsideración para deshacerse el pasado, errores o palabras ya dichas.

Pedir perdón.

Tensión o rigidez corporal, si son crónicas confirman la estructura corporal.

Falta de espontaneidad.

Funcionalidad

Autocuidado.

Reflexión para tomar decisiones antes de actuar impulsivamente.

Capacidad de espera.

Autocorrecciones y complementar las limitaciones.

Disfuncionalidad

Síntomas y dolencias psicósomáticas.

Soledad.

Autoagresión y acciones autodestructivas.

Autocastigo, autotortura, autosabotaje.

Mostrar la propia creatividad como grandiosidad.

Evitar conflictos que puedan tener consecuencias negativas, desagradables o indeseables. Sadismo e hiperactividad. Beneficios secundarios a través de la autodestrucción o enfermedad.

Generar ideas y planes bien pensados, formados y sentidos.

Introspección.

Deflexión

Evitar la localización del posible satisfactorio o desviar la acción a otros elementos que no satisfacen la necesidad. Evitación de los posibles satisfactorios, dirigiendo su energía a objetos o acciones alternativas, en la desviación del contacto o el darse cuenta.

Introyecto

No enfrentar

Temor

A enfrentar, asociado a “mejor lo evito”.
la angustia de la
confrontación.

Frases

Fenomenología

Sentirse incomprendido e insatisfecho por sus acciones e incapaz de obtener lo que desea o necesita.

Diagnosticar o autodiganosticarse.

Dar rodeos verbales.

Sustituir la franqueza por la cortesía.

No mirar a los ojos.

Hablar del pasado o futuro cuando el presente es más importante.

Acciones afectivas para satisfacer el deseo o la necesidad.

Hablar de alguien en vez de hablarle a alguien.

No dar importancia a lo que se dice o escucha (reír de algo serio).

Expresión emocional débil, carente de energía.

Acciones inefectivas para satisfacer el deseo o la necesidad de los demás.

Distracción, sensación de vacío o superficialidad.

Autosabotaje.

Generalización, hablar de manera abstracta en lugar de especificar.

No dar o recibir directamente.

Sensación de rechazo o desagrado ante alguna situación de satisfacción.

Funcionalidad

Evitar riesgos o peligros innecesarios.

Contribuir constructivamente a la resolución de situaciones.

Conservar la relación.

Como recurso diplomático para evitar conflictos graves y hostiles.

Disminuir la intensidad de situaciones que podrían ser insostenibles o indeseables para sí mismos y el entorno.

Disfuncionalidad

Evitar la situación (que satisfaga la necesidad).

Trastorno de personalidad evasiva.

Actitud temerosa o cobardía para tomar riesgos.

Deshonestidad con el entorno por temor a enfrentarlo.

Confluencia

La confusión de los propios límites con los del entorno. no establecer, distinguir o confundir la frontera de contacto con el entorno.

Introyecto

Te dejaran o te abandonarán.

Temor

Al rechazo o abandono. “lo que tú quieras”, “lo que tu digas”, “tu manda”, “yo mando”.

Frases

Fenomenología

No existe contacto con la excitación o estímulos.

Incapacidad y malestar para aceptar las diferencias.

Ajustarse o desear que el entorno se ajuste a lo que la sociedad o cultura espera.

No diferenciar las fronteras de contacto.

Aferrarse a la no consciencia de límites.

Dependencia.

Sentir seguridad, pero no satisfacción consciente.

No sabes lo que le gusta, pero si lo que le gusta al entorno.

Esperar a que el entorno realice los esfuerzos.

Atender la necesidad del entorno en vez de las propias.

Tranquilizar, calmar o aplacar al entorno.

Al no coincidir con el entorno puede sentirse, insatisfecho, inadecuado, culpable o despreciado, sintiéndose como víctima con rencor o resentimiento.

Actuar con retrasos o sabotajes.

Parálisis y hostilidad desensibilizada.

Necesidad de conservar una relación que considera conveniente.

Vergüenza o timidez por el temor a la posible crítica del entorno.

Funcionalidad

Disfuncionalidad

Compañerismo.

Percibir sin claridad.

Aprendizaje por empatía (películas, canciones, novelas).

Trastorno de personalidad dependiente o límite.

Ajustes basados en el contacto y la ausencia de necesidad.

Aceptar o someterse a maltratos.

Poner en pausa las propias necesidades para atender las de un entorno que tiene una menor capacidad de respuesta.

Actitud dependiente.

Incapacidad de generar intercambios nutritivos con el entorno que produzcan crecimiento.

Estableces relaciones interpersonales y socializar.

Conservar relaciones interpersonales sin que se afecte la individualidad.

Fijación

Permanecer en contacto impidiendo la desenergización, estancándose en situaciones no asimiladas resultas. Patrones de conducta que impiden retirarse del contacto.

Introyecto	Temor	Frases
Me quedare solo / te quedara solo.	Arriesgarse a experimentar, a ser libre.	“no puedo dejar de sentir”, “no puedo dejar de pensar”, “no puedo dejar de actuar”.

Fenomenología

Expresión emocional exagerada.	Miedos exagerados.
Victimización.	Resentimientos o culpa.
Insomnio.	Resentimiento e ideas fijas.
Adicciones.	
Negarse a aceptar la realidad de lo sucedido.	
Estancamiento en situaciones pasadas.	
Incapacidad de sostener la experiencia que permita asimilar o resolver situaciones.	
Compulsión por asimilar o resolver situaciones pasadas.	

Funcionalidad

Desarrollar la confianza en sí mismo.

Autoafirmación.

Aprender gracias al recuerdo.

Entregarse a permanecer en la experiencia actual.

Recordar resolver.

Disfuncionalidad

Recordar para quejarse.

Vacío existencial.

Adicción, dependencia y enganche con el entorno.

No respetar y considerar las necesidades del entorno.

Trastorno de personalidad compulsiva o depresión.

Actitud perseguidora.

Nota. Tomado de “*Seminario de Intervención Humanista*”, por Lozano Martínez, J. R. (2022). Basado y adaptado en: Salama, 2002a; Salama, 2002b; Spagnuolo, 2011; Perls, 2003; Perls et al., 1976; Polster y Polster, 1991; Kepner 2000; Zinker 1997;

Tabla 2

Intencionalidad y atención de los estilos de contacto.

Estilo de contacto	Intencionalidad	Atender la intencionalidad de contacto
Postergación	Sentir la satisfacción, bienestar y/o equilibrio por concluir una situación o actividades (cerrar una Gestalt).	Ofrecerle experiencias de relajación y sensación de bienestar y/o aceptación asociadas a el cierre de gestalten.
Desensibilización	Sentir placer o gozo.	Ofrecerle afecto y experiencias sensitivas agradables, de placer o gozo.
Proyección	Ser reconocido y valorado por lo que es.	Reconocer y valorar sus cualidades.
Introyección	Ser aceptado por el entorno.	Promover la confianza mutua psicoterapeuta-paciente-grupo mediante la presencia auténtica, confiable y de aceptación incondicional.
Retroflexión	Expresar sus experiencias y deseos	Estimular su expresión auténtica y espontánea ofreciéndole atención, interés y curiosidad (realizar preguntas) en sus situaciones de vida, para conocer a profundidad el contexto y descubrir cómo retroflectar.
Deflexión	Aclarar lo que desea y lo que no desea (Identificación selectiva)	Apoyarle en aclarar y validar lo que desea y lo que no desea (identificación selectiva)
Confluencia	Sentirse parte del entorno; incluido como parte de un grupo; y/o sentir pertenencia.	Resaltar y fortalecer la alianza psicoterapéutica con una presencia suave y respetuosa, así como apoyarle a descubrir, sentir y/o reconocer su pertenencia a grupos.
Fijación	Sentirse independiente y libre de vivir apoyándose en sí mismo o autoapoyo	Validar sus experiencias, creencias, cualidades y/o logros, que le faciliten la experiencia de sentirse independiente y autónomo

Nota. Tomado de “Seminario de Intervención Humanista”, por Lozano Martínez, J. R. (2022). Basado y adaptado en: Salamá, 2002a; Perls et al., 2003; Polster y Polster, 1991; Kepner, 2000.

Zinker (2005) dice que todo movimiento genera una resistencia, ya que cada experiencia se encuentra en movimiento, y dichas resistencias en los estilos de contacto cambia la forma de hacer las cosas. La resistencia cambia la conducta por el mantener la integridad psicológica de la persona, tal comportamiento es influido por el estado de nuestras necesidades y el proceso de satisfacerlas, pero ante tal complejidad del organismo, se aprenden a bloquear dichas necesidades. La resistencia es un bloqueo en el proceso de asimilación, físico y cortical.

La psicología Gestalt describe al *contacto como agente de crecimiento*, refiriéndose a la consciencia sensorial y comportamiento, logrando tener una consciencia inmediata que permite responder ante diferentes actos, en un ejercicio de dar sentido y movimiento. De la mano del contacto viene lo que se nombra en Gestalt como *frontera del contacto*, esta explica la dinámica entre la experiencia, el organismo y el entorno, es decir es una delimitación, de ahí el que se le llame frontera, hablando de la forma en que contacta con el entorno como organismo. La importancia de las palabras en esta frontera es clave, ya que el contacto es el acercamiento a un objeto (experiencia), utilizando la consciencia sensorial, que llega en conjunto de un comportamiento, que permite reaccionar de inmediato, por medio del sentir y el movimiento (Perls et al; 2003).

De esta manera cuando refiere al contacto surgen otros conceptos, sobre todo en la Gestalt donde se abordan los temas desde diferentes perspectivas, ángulos y sentidos. La Gestalt dice que la *autorregulación organísmica*, que desde el punto de vista de esta psicología permite al organismo interactuar y contactarse con su ambiente, dando prioridad al “darse cuenta” desde uno mismo, ubicando al contacto en el presente, ayudando a ver lo que somos y lo que se tiene de uno mismo (Burga, 1981). La autorregulación organísmica permite darse cuenta de que el organismo es prudente con las necesidades y sabio en la interacción con el medio (Santacruz et al;2013).

Psicología Humanista – Gestalt

El humanismo surgió en la edad media en Italia como “humanismo renacentista” que buscaba darle valor a lo subjetivo, primero se centró en ramas del estudio como, la poesía, retórica, filosofía, gramática e historia. El pensamiento del humanismo se centraba en la experiencia del ser

humano, los cambios que este vivía y el humano como ser racional, brindando una perspectiva de la persona como un ser que vivía por medio de sus experiencias (Aedo, 2014; Cordua, 2013).

Como resultado, durante el desarrollo del humanismo surge la *psicología humanista*, la cual ya era una forma de pensamiento; Abraham Maslow en 1956 publicó el artículo *Towards a Humanistic Psychology* el cual ya mostraba el pensamiento humanista, por lo mismo Maslow fue considerado fundador de este movimiento. No fue hasta el año 1962 que la psicología humanista toma fuerza ante la necesidad de dar explicación de fenómenos o movimientos científicos en relación a lo social, surgiendo la *American Association for Humanistic Psychology*. En el primer encuentro de la asociación James Bugental (teórico humanista) redacta el primer manifiesto humanista, que consta de cinco pilares principales en la visión de esta psicología: 1. El hombre como hombre, sobrepasa la suma de sus partes, 2. El hombre lleva a cabo su existencia en un contexto humano, 3. El hombre es consciente, 4. El hombre tiene capacidad de elección y 5. El hombre es intencional (Martorell y Prieto, 2002; Villegas, 1986).

En función de lo planteado Abraham Maslow psicólogo expone su *teoría de la motivación humana*, el ser humano es un conjunto de necesidades internas que deben estar presentes para la autorrealización, las necesidades planteadas son representadas por medio de una pirámide, colocadas en su orden de importancia simbolizando una jerarquía, estas necesidades son 1. Fisiológicas, 2. Seguridad y protección, 3. pertenencia, 4. reconocimiento y 5. Autorrealización, si una necesidad anterior no está cubierta correctamente no se podrá cumplir la siguiente de manera adecuada. Maslow, otros humanistas y gestaltistas dicen que para que la persona logre la autorrealización como ser humano, tiene que pasar por una serie de sucesos que involucran el trabajo personal relacionándose con el pleno desarrollo del potencial y capacidad humana de la persona. La autorrealización puede venir acompañada de una *experiencia cumbre*, de la que Maslow también habló, como ese toque a la trascendencia estando en el presente, por medio de una serie de emociones de grandes sensaciones como felicidad y alegría (Castanedo y Munguía, 2012; Villegas, 1986).

Asimismo, Carl Rogers y Fritz Perls hablaron de teorías con similitudes a esta forma en pensamiento, Perls (1974) dice que la *autorregulación organísmica*, que tiene como finalidad crear un equilibrio en el organismo, como la descripción de una homeostasis y Rogers (1992) en su libro “El proceso de convertirte en persona” mencionan a la persona funcionando de manera integral,

anunciando a esta con una apertura a las experiencias, mayor confianza en ella, y un funcionamiento pleno. Comparando estas teorías con la de Maslow que refiere a la persona como un todo, la necesidad de cada etapa para una autorrealización como ser humano y la similitud de otras formas de pensamiento de otros teóricos, demuestra que es necesario ver a la persona como un conjunto de sus experiencias, validando cada etapa de su vida (Marín, 2020).

Psicoterapia Gestalt

Teniendo en cuenta que los antecedentes de la psicología humanista y aportaciones de la psicología Gestalt, se puede dar paso al proceso psicoterapéutico, que desde su psicología de origen se desarrolla con el objetivo de dar una explicación al comportamiento humano, dando herramientas al paciente para una satisfacción, conocimiento y apoyo a su persona. La Gestalt propone ver a la persona como una totalidad desde sus componentes, campo-organismo-entorno, enfrentando las situaciones de conflicto sin un valor moral de bueno o malo, si no como oportunidad de crecimiento y cambio (Perls,1976).

La psicoterapia humanista a la cual pertenece la psicoterapia Gestalt permite dar humanidad a los procesos de trabajos psicoterapéuticos, crear fases un ambiente óptimo para la fácil creación de rapport o situación de confianza, llevando a un buen desarrollo del encuentro con la persona para el trabajo de contacto y un cierre que permitirá la funcionalidad de la persona. Se debe de tener en cuenta aspectos a resaltar en la psicoterapia para su buen manejo, desde el momento en que se tiene un contacto con otro humano esta terapia se está llevando en proceso, sin embargo, radica en la calidad del encuentro, la comunicación juega un papel esencial, recordemos que el ser humano es un ser social, el ser humano siempre comunica (Acevedo y López, 1998; Spagnuolo,2011; Watzlawick et al; 1991).

Ahora bien, la psicología humanista acompañada del pensamiento de sus diferentes exponentes y teorías, hablan de una *metodología de intervención* para poder trasladar estos conocimientos a la psicoterapia, dando bajo las condiciones adecuadas que se puede generen un cambio en la persona, dejando un aprendizaje acorde a las experiencias. La psicoterapia Gestalt debe ser esencialmente *interpersonal e intrapersonal*, lo que permitirá entender las necesidades que no están siendo satisfechas, creando un *aprendizaje significativo* en la persona, que llevara a un cambio íntegro, generando un impacto el cual de manera paulatina hace autónomo al paciente. Siguiendo con lo anterior Carl Rogers (1992) refiere que los tres elementos básicos como

psicoterapeutas para poder lograr lo antes dicho, iniciando con la *empatía* como esa capacidad de comprensión del otro, *aceptación incondicional* refiriéndose a la aceptación de la persona con su historia de vida completa, experiencias y emociones, en una validación total del otro, y como último pero no menos importante, la *congruencia* que es un conjunto de las dos anteriores que será reafirmado por medio acciones y palabras en la psicoterapia (Barcelo,2012; Maslow, 2007).

La *neurosis*, es descrita como la pérdida de la función del *Yo* ante una perturbación del *Self*, existe en un cambio el cual provoca sufrimiento de este, ocasionando la evitación de la experiencia vivida, en palabras simples es un instinto de huida que evita la energización y contiene, sin embargo, el sistema busca la asimilación de esta experiencia con las herramientas que se tiene, para la satisfacción del organismo. La neurosis se puede ver desde diferentes puntos de vista, como lo es el contacto de la naturaleza humana, o como un ajuste en el organismo (Perls et al; 2003). Acompañado de la neurosis llegan las *capas de la neurosis* o manifestación de la energía, poniendo estas capas como el seguimiento a resolver un conflicto en la persona desde su existencia. Existen diferentes autores que aportan capas de la neurosis, Perls (1974) en “Sueños y Existencia” nos habla de cinco etapas, 1. Estrato falso (clichés y roles), 2. Estrato fóbico, 3. Impasse, 4. Implosión y 5. Explosión, llevando finalmente a la persona a una libre expresión de emociones.

En relación a ideas anteriores, ya se abordó mucho alrededor del organismo, pero ¿cómo se comunica?, la forma de comunicación del organismo con el entorno se le nombra *estilo de contacto* o estilos, los cuales tienen formas funcionales y disfuncionales de contactar con su entorno, que desde una perspectiva personal es la forma de comunicación de la mente y el cuerpo ante una necesidad, lo que lleva a estos estilos a no ser buenos ni malos, sino medios que permiten contactar acorde a las herramientas que se tienen en el momento como ser humano, logrando la convivencia con el entorno desde los elementos que se tienen como persona (desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia, fijación, egotismos, postergación, postergación, proflexión) (Polster y Polster, 1991; Yontef, 1995).

La psicoterapia Gestalt destaca una relación Yo-Tu con el paciente, siendo la forma adecuada de contactar con él durante el proceso terapéutico, fomentando la aceptación total, encuentros con intención, vivir el presente, espontaneidad de las emociones y creación de cambios. Dentro de esta relación la inclusión, presencia, compromiso, no explotación del contacto y un diálogo vivo, serán características que se deberán de tener presentes en terapia. En la psicoterapia

Gestalt se recuerda constantemente que se busca reencuadrar, adecuar y crear, para que el paciente pueda integrar sus recursos e identificarlos en el trabajo con su entorno (Perls, 1976; Yontef, 1995).

Experimentos. En el espacio psicoterapéutico Gestalt se presentan distintas técnicas para el trabajo, a las cuales se nombran “*experimentos*”, se realiza con la finalidad de observar en el proceso de confirmar o rechazar algo que está aconteciendo en el espacio terapéutico, descubriendo algo nuevo, que se realizan de manera espontánea para encaminar al paciente a él autoapoyo. Dichos experimentos se aplican con la intención de descubrir el cómo y por qué está sucediendo algo, en el trabajo del “darse cuenta” ante las resistencias en el trabajo de terapia que se pueda presentar, por lo que toda aquella técnica terapéutica que se implemente con la finalidad observar y descubrir puede ser llevada al espacio gestáltico cuando se requiera, justificando su presencia en este, convirtiéndose en un *experimento* (Perls et al., 2003).

Joseph Zinker (2003) refiere que el experimento es el eje de la experiencia, es aquel que transforma, modifica y regula un comportamiento, ya que crea una experimentación en la persona que la lleva a aprender. Los experimentos en Gestalt no requieren únicamente lo físico, si no también lo cognitivo, sin dejar de lado que en todo momento se observa, cuida y apoya al cliente. El origen de la experimentación en psicoterapia dependerá de la problemática o conflicto de cada individuo, llevándolo a estar en su “aquí y ahora” para volverlo una experiencia en el presente tanto para el paciente como para el terapeuta. En el libro “*El proceso creativo en la terapia Gestáltica*” Zinker (2003), plantea la evolución y creación de un experimento en diez pasos: 1) contar con una base para el trabajo, 2) negociación entre el terapeuta y paciente, 3) graduar o adaptar el trabajo al trabajo y experiencia de la persona, 4) manifestación de conciencia en el cliente, 5) atención en la energía del cliente, 6) desarrollo de un tema acorde a la conciencia y energía del cliente, 7) terapeuta y cliente provocan factores de apoyo, 8) elegir una técnica (adecuación) como experimento, 9) aplicación del experimento y 10) exploración del experimento acorde la experiencia y retirada (Zinker, 2003).

Salamá (2002b) en su exploración de la Gestalt fue acompañado por Joseph Zinker, por lo que bastante de lo aprendido y construido es sumamente similar. En el ámbito de la experimentación, ambos autores conciben esta como el centro del aprendizaje en el proceso psicoterapéutico Gestalt, ya que lo ven como un proceso de exploración de la persona, dando elementos valiosos que permiten: expandir el conocimiento entorno a una conducta, fomentar el

aprendizaje en la creación de nuevos significados, descubrimiento de polaridades, estimulación de fuerzas internas, canalización de energía, consciencia de la misma persona, identificación de necesidades, integra experiencias, responsabilidad en sus procesos y toma de contacto.

Técnicas Gestálticas. En la experimentación de psicoterapia se integran las *Técnicas Gestálticas* las cuales son utilizadas para acompañar al sujeto (s) a la experimentación terapéutica de manera consciente, se implementan durante el desarrollo del espacio terapéutico, ante alguna resistencia o necesidad de indagación en algún tema que pudiese abordar un paciente, guiadas siempre con la pauta de lo que sucede en el espacio de trabajo, enfocadas a las emociones, el sentir y expresar de la persona, estas técnicas pueden trabajar por si solas dirigidas por la conversación terapéutica o ser apoyo ante la resistencia que se presentan en otras técnicas implementadas, permitiendo vivir la experiencia plenamente del trabajo o reestructurando lo que se está viviendo en la adecuación de las necesidades de la persona (Naranjo, 1999; Salamá, 2002b).

Las técnicas gestálticas se dividen en tres categorías, *expresivas* que promueven la libre expresión verbal y no verbal de los sentimientos, emociones y pensamientos, *supresivas* aquellas que evitan el bloqueo o pérdida de contacto con el presente y el experimentar, y finalmente las *integrativas* las cuales promueven la integración de las partes conflictivas de la persona. Las tres diferentes técnicas van entrelazadas en el trabajo terapéutico, ya que el desarrollo de una técnica puede llegar a ser tanto expresiva, supresiva e integrativa para el individuo. Un experimento gestáltico puede ser también categorizarse como técnica gestáltica al atender alguna de las tres categorías de estas o las tres simultáneamente (Naranjo,1999).

Psicoterapia grupal Gestalt

La terapia grupal surge como una forma de ver las relaciones interpersonales de la persona, en un entorno grupal. Las experiencias de grupo, y el compartir una similitud en un contexto social permite al paciente, ser llevado en un proceso psicoterapéutico logrando ser frente al conflicto, guiada bajo las mismas reglas de la psicoterapia humanista individual, trabajar sobre la experiencia, el presente, la expresión libre de emociones y la forma de contactar con el entorno, por medio de una aceptación de otros con contextos similares (Moreno,1987).

Como antecedente de la terapia grupal, un artículo escrito por John Frew (1988) en la revista de *The Gestalt Journal* dice que cuando existe una conexión de grupo, se intensifica la experiencia

del momento, causa un “verdadero encuentro” en la coexistencia del momento. Este proceso es un encuentro con otras personas, quienes han vivido diferentes acontecimientos con alguna similitud, lo que crea en el sistema apoyo en la validación del otro. En la orientación de la implementación de una psicoterapia grupal, Zinker (2005) nos habla del “ciclo de la experiencia”, trasladado a los grupal como *ciclo interactivo*. Dicho ciclo nos habla de la complejidad del trajo terapéutico en grupos, sin embargo, enfatiza en cosas concretas que se toman en cuenta dentro de estos procesos, como lo es la observación del fenómeno orientado a la interacción del terapeuta desde su postura teórica, la descripción de la fenomenología y el enfoque de la interacción del ciclo entre dos o más personas.

El orientar el trabajo de grupo al *ciclo interactivo* desde la Gestalt lleva cinco fases: toma de conciencia, energía/ acción, contacto, resolución y cierre, y retirada, como guía en el desarrollo de cada una de las sesiones grupales acorde a la evidencia de la cohesión de grupo y la formación conjunta en el proceso terapéutico de intervención (Zinker,2005).

Los procesos grupales de la Gestalt están compuestos de cuatro principios básicos para su funcionamiento, 1. La experiencia grupal, 2. Desarrollo de consciencia grupal, 3. Contacto activo de los participantes y 4. Experimentación entre interacciones y estímulos por un líder (terapeuta) que intervienen. En los procesos grupales de la Gestalt la prioridad es atender la experiencia que se está llevando a cabo en el momento de la intervención, orientado en todo momento a la resolución del conflicto que se presenta. Para que dicho procesos de grupo se dé con funcionalidad, se deben tener elementos claves en este como lo son, asumir la responsabilidad de su lenguaje y conducta, responsabilidad de lo que se experimenta en el aquí y ahora, prestar atención a su persona y a los demás, responder abiertamente sin contestar en modo de afirmación, conversación directa con el otro, prestar atención, reconocer y validar sentimientos, atención a las reacciones físicas y posturas, confidencialidad del proceso, participación en los experimentos, todo es importante sentimientos o expresiones interrumpidas y respeto del espacio terapéutico que se comparte (Zinker, 2003).

Las dinámicas de grupo en la Gestalt llevan a un proceso de cohesión dinámica, que es detonante para a maduración del grupo, mediante la influencia que se tiene uno sobre otros, y en su individualidad dentro de este. Las dinámicas de grupos tienen tres tipos esenciales para la creación de resultados:

1. Dinámica de las transformaciones individuales. Cuando un miembro del grupo cuenta un problema dentro de la sesión de grupo, se le da luz a la similitud de los conflictos de los compañeros, permitiendo el descubrimiento en otros, y en sí mismo (Atieza, 1987).

2. Dinámica básica. La unión grupal crea una consciencia grupal, de ideas, memorias y afectos, por lo que el contenido de lo que se hace es esencial, siendo este específico al momento que atraviesan en ese momento en la historia del grupo (Atieza, 1987).

3. Dinámica de sesión. Lo que ocurre durante la sesión, desde la transformación individual que da pauta a la secuencia de la comunicación de grupo (Atieza, 1987).

Psicoeducación. La psicoeducación dentro desde proceso psicoterapéutico grupal es utilizada como una herramienta de cambio que se presenta como aquella que da los sujetos un acercamiento al padecimiento, por medio de información certera de la problemática que se presenta, buscando dar sentido a distintas situaciones de la vida diaria. Como su nombre lo dice se ejerce la educación buscando fomentar un proceso cognitivo, social e incluso biológico en las personas, esto con la finalidad de brindar conocimiento de la problemática o situación (Godoy et al; 2020).

Capítulo II. Metodología de intervención

En esta sección se describe la metodología con la que el programa de intervención se implementó en cuidadores primarios informales a favor de la atención de la sobrecarga emocional a través del trabajo con las intencionalidades de los estilos de contacto. La intervención fue de enfoque cualitativo por sus grandes virtudes metodológicas acorde al trabajo que implemento.

Enfoque

Una metodología cualitativa brinda la comprensión desde una mirada de lo fenomenológico, interpretativo y descriptivo, al descubrir los cambios en la persona a nivel relacional, conductual y observacional durante la intervención, de manera grupal e individual, dando una validez de gran fuerza a la interpretación y percepción de los sujetos de estudio. Asimismo, es fundamental resaltar como profesional que, al dirigir la intervención se reconoció el estudio de la literatura como una fuente en la adquisición del conocimiento previo a entrar al campo, siendo también receptivo a obtención de nuevas aportaciones, ante lo subjetivo del descubrimiento. Lo cualitativo permitió explorar el campo dando un significado a la experiencia de la intervención acorde al propósito de esta, permitiendo recabar información antes, durante y después de la intervención, dando una perspectiva amplia de la problemática (Hernández et al; 2014, pp. 358-359). Lo cualitativo logro brindar un proceso de evaluación continua mediante la implementación de la investigación, permitiendo ser flexible e inductiva, mediante el proceso de observación y el monitoreo constaté del trabajo que se realizó (Patton, 1987, p.23).

Las cualidades de este enfoque con variadas, desde el formato de observación general del panorama de investigación, hasta la evaluación individualizada en cada uno de los usuarios o miembros que conformaron la intervención, ya que se enfocó en las particularidades de sucesos, fracasos y abandonos del programa, en un análisis detallado del progreso acorde a las distintas características, recordando que la finalidad de este enfoque es el estudio de la experiencia mediante la interpretación. Lo cualitativo desde lo fenomenológico tiene como principal característica una visión holística de los sucesos durante el proceso, tomando la influencia de las distintas variables en relación con lo implementado como, historia de vida, religión, política, ambiente, entre otras como factores que hicieron única cada experiencia en el proceso (Buendía et al.,1998, pp.158-160; Patton, 1987, pp. 26-35).

Muñoz (2011) define la investigación cualitativa como aquella que lleva un estudio descriptivo, interpretativo e inductivo, con el propósito de ser exploratorio para entender, interpretar y describir, un comportamiento que no lleva necesariamente a la comprobación si no a la recopilación de emociones y experiencias que aportan a lo subjetivo. Analizar un comportamiento lleva a observarlo desde un todo, es decir, sentimientos, concepciones y experiencias únicas del individuo sin dar un número lo que concluye en una explicación completa del proceso (Muñoz, 2011, p.22).

Tipo de estudio

En la intervención que presenta se implementó un proceso psicoterapéutico Gestalt grupal, como apoyo emocional, psicológico y mental, en relación a la expresión de las emociones, que permitieron dar humanidad al proceso, generando un ambiente óptimo para la creación de confianza en el desarrollo del trabajo de investigación, enfocándose a la calidad del encuentro (Acevedo y López, 1998; Spagnuolo,2011; Watzlawick et al; 1991).

El Humanismo del cual forma parte la Gestalt, se enfoca en el proceso de la psicoterapia, como la forma de explicación al comportamiento humano llevando al apoyo emocional, medio por el cual genera herramientas para el usuario o paciente donde se da acompañamiento y conocimiento a la persona, dando en una visión holística de las distintas situaciones, siendo este una oportunidad de cambio (Perls,1976). La metodología de trabajo de esta psicoterapia destaca un proceso interpersonal e intrapersonal, generando cambios íntegros en el usuario como un aprendizaje significativo acorde al impacto que se genera, teniendo la empatía, aceptación incondicional y congruencia, como elementos básicos del proceso terapéutico (Barcelo,2012; Maslow, 2007).

Población

En la población muestra en la que se implementó la intervención, se tomaron en cuenta los propósitos del programa de intervención para la selección de la población, teniendo en cuenta el contexto y el número de participantes para una atención al fenómeno a abordar. Dentro de la población se tomaron en cuenta características específicas acorde al diseño de intervención, enfocado a grupos psicoterapéuticos.

Criterios de inclusión

Dentro de los criterios de inclusión de los participantes en el proceso de intervención, es importante que los sujetos de estudio cumplieran con las siguientes características determinadas desde la exploración previa de antecedentes de la población. Los criterios para la selección de los sujetos fueron, que actualmente sean cuidadores primarios informales, que presentaran algún signo de sobrecarga emocional, tener en su función como cuidadores un periodo de 6 meses en adelante, realizar su labor en un periodo de 6 horas al día o más, ser un familiar cercano al cuidado, estar en un rango de edad de 18 años en adelante y de sexo indistinto (Aria-Gómez et al; 2016).

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión dentro de las características del cuidador primario informal, este no debió tener estudios médicos profesionales en el área del cuidado de la salud, el dependiente a quien se esté brindando cuidados debió ser una persona con algún tipo de dependencia física o intelectual, enfermo crónico o estar en el proceso del desarrollo de la enfermedad en una etapa de atención en su tratamiento y no terminal, y cumplir como su principal papel el ser cuidador (Aria-Gómez et al; 2016).

Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico, intencional o de conveniencia, el cual se define de tal manera ante el uso de la información en ventaja del tema central de investigación, con población voluntaria que accedió a participar en la intervención a través de la canalización de la fundación donde se implementó el programa. Dicho muestreo se enfocó en los métodos utilizados en recabar de información de la intervención, destacando casos importantes, y situaciones con la finalidad de dirigir el desarrollo del trabajo de manera adecuada, en un grupo de estudio de cinco sujetos (Aria-Gómez et al., 2016; Hernández et al; 2014, p.391).

Diseño de intervención

El diseño de la intervención es fenomenológico, seleccionando por el valor que se le da a la experiencia, lo que va acorde a la psicoterapia que se aplicó, resaltando la individualidad de cada persona durante el proceso, dándole gran fluidez en grupos terapéuticos y en la experiencia compartida. Recordando que el punto a enfatizar es la exploración, la descripción de un fenómeno

y sus elementos desde la manera vivencial, desde el punto de vista de los participantes el estudio. Lo cualitativo desde lo fenomenológico cuenta con tres elementos esenciales para la intervención, es un proceso descriptivo, estructurado y de discusión en su análisis. En este diseño fenomenológico se utilizaron herramientas de recolección de datos desde lo observable, entrevistas estructuradas y semi estructuradas, documentos audio visuales, e instrumentos estandarizados del área de investigación, lo que permitió el descubrimiento y una gran variedad de elementos en el desarrollo descriptivo de experiencia de la población (Hernández et al; 2014, p. 471, pp.493-496).

Alcance

El alcance es descriptivo con elementos de la búsqueda al especificar las características de los sujetos, del programa de intervención, la finalidad y el conocimiento de procesos fenomenológicos que se presentó. En el alcance descriptivo el conocimiento previo fue de suma importancia como contexto de lo que se quiso dar a conocer desde la perspectiva del investigador en dicha intervención (Hernández et al; 2014).

Figura 1

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	AGO-21	OCT-21	NOV-21	DIC-21	ENE-22	FEB-22	MAR-22	ABR-22	MAY-22	JUN-22	JUL-22	AGO-22
Recopilación de información bibliográfica para protocolo	■	■	■	■								
Inicio de elaboración formal de proyecto		■	■	■	■	■	■	■	■			
Revisión de proyecto ante el comité de académico									■	■		
Revisión de fuentes		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Retroalimentación del protocolo			■	■						■	■	■
Selección de instrumentos de aplicación valorativa		■	■	■								
Inicio de la construcción de intervención					■	■	■	■	■			
Revisión de bibliografía acorde para técnicas de intervención.					■	■	■	■	■			
Planeación de sesiones de intervención							■	■	■	■		
Revisión de intervención							■	■	■	■		
Asesorías académicas para revisión formato de protocolo							■	■	■	■		
Abordaje a la institución de implementación de intervención								■	■			
Llenado de formatos para el comité de bioética									■	■		
Revisión por el comité de bioética										■		
Retroalimentación de asesor	■			■		■			■	■		■

ACTIVIDADES	AGO-22	SEP-22	OCT-22	NOV-22	DIC-22	ENE-23	FEB-23	MAR-23	ABR-23	MAY-23	JUN-23	JULIO-23
Inicio de aplicación de intervención	■	■	■	■	■							
Integración de resultados de sesiones y sesiones de valoración diagnósticas	■	■	■	■	■							
Integración de resultados				■	■	■	■				■	
Revisión de apartados y formato.					■	■	■					
Definición y estructura del proyecto de como tesis						■	■	■				
Análisis de objetivos y supuestos teóricos acorde a los resultados							■	■	■			
Realización de presentación de tesis con resultados finales.								■	■	■	■	
Conclusiones y retroalimentación									■	■		
Revisión final de tesis									■	■		
Presentación de predefensa de tesis										■		
Retroalimentación de asesor		■			■		■			■		
Defensa de tesis / Examen de grado												■

Programa de intervención

La intervención que se presenta a continuación es un modelo de programa grupal y reactiva bajo esta terminología por atender la problemática en desarrollo, siendo de una tipología mixta bajo un modelo teórico dirigido a la psicoterapia humanista y modelos básicos de programas por el perfil de su diseño y atención (Bisquerra, 2006, pp. 73-105). El programa de intervención fue diseñado bajo los aspectos teóricos establecidos en el marco teórico, y el abordaje terapéutico, usando psicoeducación, experimentación y técnicas gestálticas en el desarrollo de la selección de estrategias y técnicas para cada una de las sesiones en acorde el conflicto y propósito del trabajo.

Se implemento el programa de intervención psicoterapéutico Gestalt que consto de dos valoraciones diagnósticas inicial y final, y 10 sesiones grupales enfocadas en la atención de la intencionalidad de los estilos de contacto, conocimiento e integración del grupo, llevadas al reconocimiento de las necesidades y emociones, en relación a la sobrecarga emocional, cada una de las sesiones consto con un aproximado de 2 horas de trabajo psicoterapéutico de manera semanal, con una metodología cualitativa, mediante un diseño de valoración continuo durante el proceso, tanto de los sujetos, el trabajo psicoterapéutico, así como del programa durante el desarrollo de la intervención. Durante el proceso de implementación de la intervención se usó el

instrumento de autoevaluación la “Escala de Fidelidad de la Terapia Gestalt” como retroalimentación al trabajo como psicoterapeuta y el proceso Gestáltico que se realizó.

El programa de intervención que se presenta que se presenta en la tabla 3, se realizó bajo los criterios de selección anterior, los cuales fueron tomados por Fundación Juárez Integra, A.C. en Ciudad Juárez Chihuahua, en la intervención que llevo cabo en las instalaciones de la misma institución, en el acuerdo de la canalización de los participantes familiares de usuarios del área de fisioterapia, en la selección de los usuarios con los criterios correspondientes a la intervención, por medio de la institución (*Véase Anexo A*).

Tabla 3

Plan de intervención (Véase Anexo B).

Sesión	Tema	Objetivo	Técnicas o Estrategias de intervención	Instrumentos de registro
Etapas diagnóstica				
VI	Valoración diagnóstica inicial	Presentar el programa por medio de un espacio psicoeducativo de y aplicar de valoración inicial diagnóstica.	Psicoeducación (Godoy et al, 2020).	Diario de campo Observación de participantes. Escala de carga del cuidador de Zarit (Caragiver burden interview, CBI) (Alpuche et al., 2008; Montero et al, 2014). Test de psicodiagnóstico Gestalt (TPG) (Descalzo, 2010). Consentimiento informado (formato proporcionado por UACJ (Universidad Autónoma de Ciudad Juárez) <i>Véase Anexo C.</i>

Sesión	Temas	Objetivo	Técnicas o Estrategias de intervención	Instrumentos de registro
Etapa de intervención				
1	Conocerse	Dar un espacio para que el terapeuta y los miembros del grupo se conozcan.	Reglas de convivencia. “Caldeamiento” (Atienza, 1987). “Aposento” (Seminario de Educación para la Paz, 2000). Técnicas Gestálticas (Naranjo, 1999). Experimento Gestalt (Salamá, 2002b; Perls et al., 2003; Zinker, 2003).	de Diario de campo. Observación de participantes. Escala de la fidelidad de la Terapia Gestalt (Fogarty et al., 2020, Lozano et al., 2018).
2	Confluencia	Trabajar el estilo de contacto de Confluencia en la atención a su intencionalidad “pertenencia”.	Técnicas Gestálticas (Naranjo, 1999). Experimento Gestalt (Salamá, 2002b; Perls et al., 2003; Zinker, 2003). “Alrededor del mundo” (Zinker, 2003).	Diario de campo. Observación de participantes. Escala de la fidelidad de la Terapia Gestalt (Fogarty et al., 2020, Lozano et al., 2018).
3	Proyección	Trabajar el estilo de contacto de Proyección en la atención a su intencionalidad “reconocimiento”.	Técnicas Gestálticas (Naranjo, 1999). Experimento Gestalt (Salamá, 2002b; Perls et al., 2003; Zinker, 2003). Trabajo con el proceso corporal en relación con la proyección (Kepner, 2000).	Diario de campo. Observación de participantes. Escala de la fidelidad de la Terapia Gestalt (Fogarty et al., 2020, Lozano et al., 2018).

Sesión	Temas	Objetivo	Técnicas o Estrategias de intervención	Instrumentos de registro
4	Postergación	Trabajar el estilo de contacto de Postergación en la atención a su intencionalidad “relajación”.	Técnicas Gestálticas (Naranjo, 1999). “Expresión a través de masilla” - Experimento Gestalt (Salamá, 2002b; Perls et al., 2003; Zinker, 2003).	Diario de campo. Observación de participantes. Escala de la fidelidad de la Terapia Gestalt (Fogarty et al., 2020, Lozano et al., 2018).
5	Deflexión	Trabajar el estilo de contacto de Deflexión en la atención a su intencionalidad “aclarar lo que se desea y lo que no”.	Técnicas Gestálticas (Naranjo, 1999). Experimento Gestalt (Salamá, 2002b; Perls et al., 2003; Zinker, 2003). “La vela” (Castanedo, 1997).	Diario de campo. Observación de participantes. Escala de la fidelidad de la Terapia Gestalt (Fogarty et al., 2020, Lozano et al., 2018).
6	Desensibilización	Trabajar el estilo de contacto de Desensibilización en la atención a su intencionalidad “placer o gozo”.	Técnicas Gestálticas (Naranjo, 1999). “cuidado-cuidador” - Experimento Gestalt (Salamá, 2002b; Perls et al., 2003; Zinker, 2003).	Diario de campo. Observación de participantes. Escala de la fidelidad de la Terapia Gestalt (Fogarty et al., 2020, Lozano et al., 2018).
7	Introyección	Trabajar el estilo de contacto de Introyección en la atención a su intencionalidad “aceptación”.	Técnicas Gestálticas (Naranjo, 1999). Experimento Gestalt (Salamá, 2002b; Perls et al., 2003; Zinker, 2003). “Metáfora de las dos escalas” (Nomen, 2016).	Diario de campo. Observación de participantes. Escala de la fidelidad de la Terapia Gestalt (Fogarty et al., 2020, Lozano et al., 2018).

Sesión	Temas	Objetivo	Técnicas o Estrategias de intervención	Instrumentos de registro
8	Fijación	Trabajo con el estilo de contacto de Fijación en la atención a su intencionalidad “independencia, autoapoyo, autonomía”.	Técnicas Gestálticas (Naranjo, 1999). Experimento Gestalt (Salamá, 2002b; Perls et al., 2003; Zinker, 2003). “Carta a un Cuidador” (elaboración propia basada en Naranjo, 1999; Perls et al., 2003; Zinker, 2003).	Diario de campo. Observación de participantes. Escala de la fidelidad de la Terapia Gestalt (Fogarty et al., 2020, Lozano et al., 2018).
9	Retroflexión	Trabajar el estilo de contacto de Retroflexión en la atención a su intencionalidad “expresión de experiencias y deseos”.	Técnicas Gestálticas (Naranjo, 1999). Experimento Gestalt (Salamá, 2002b; Perls et al., 2003; Zinker, 2003). “Visualización Creativa” (niño interior) - (Nomen, 2016).	Diario de campo. Observación de participantes. Escala de la fidelidad de la Terapia Gestalt (Fogarty et al., 2020, Lozano et al., 2018).
10	Integración	Trabajo con el grupo en la visualización de sus necesidades y proyectos, por medio de una integración del proceso terapéutico.	Técnicas Gestálticas (Naranjo, 1999). Experimento Gestalt (Salamá, 2002b; Perls et al., 2003; Zinker, 2003). “Mapa de sueños” (Perlaza, 2017). Una Integración Final (Zinker, 2003).	Diario de campo. Observación de participantes. Escala de la fidelidad de la Terapia Gestalt (Fogarty et al., 2020, Lozano et al., 2018).

Sesión	Teman	Objetivo	Técnicas Estrategias intervención	o de	Instrumentos de registro	de
Etapa diagnóstica						
VF	Valoración diagnóstica final	Valoración diagnóstica final.	Técnicas Gestálticas (Naranjo, 1999). Experimento Gestalt (Salamá, 2002b; Perls at al., 2003; Zinker, 2003).		Escala de carga del cuidador de Zarit (Caragiver burden interview, CBI) (Montero et al, 2014; Alpuche et al., 2008). Test de psicodiagnóstico Gestalt (TPG) (Descalzo, 2010). Cuestionario de cierre (elaboración propia). (Lara, 2015). Cuestionario de información socio demográfica (elaboración propia). (Bravo y Valenzuela, 2019). Diario de campo. Observación de participantes. Reflexión final (Grupo enfoco para retroalimentación).	

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Técnicas

Observación. La observación fue eje central de la intervención que se realizó, en una profundidad más amplia que la vista, en la descripción del entorno donde se desarrolla, procesos, experiencias, circunstancias, identificación de problemas y campo de crecimiento (Hernández et al; 2014, pp.359-402).

Entrevistas. Formato adaptativo de preguntas, realizadas en favor del intercambio y obtención de información, que beneficien la intervención, en un enlace de comunicación abierta. Formada por preguntas generales, de ejemplificación, estructuradas, no estructuradas y de contraste. *Preguntas generales* se plantea de manera abierta con el fin de abordar un tema de interés, en el espacio en el que se realiza (Hernández et al; 2014, pp.403-406).

Cuestionario de información sociodemográfica. El cuestionario sociodemográfico este compuesto de una serie de preguntas las cuales brindan indicadores, ante una evaluación social y muestra de una situación con referente a, vivienda, salud, educación, trabajo, culturales, etc. Utilizado como datos adicionales a la intervención de los participantes de esta (Lara, 2015) (*véase Anexo D*).

Cuestionario. El cuestionario técnico que se utiliza para organizar información, y dar sentido a variables de interés en el estudio, según él un diseño de este, que permite dar sentido a la recolección de información sobre un grupo predeterminado de estudio (Bravo y Valenzuela, 2019) (*Véase Anexo E*).

Grupos enfoque. Elaboración y aplicación de entrevistas grupales creando una comunicación abierta en una conversación a profundidad del tema de intervención. Durante la implementación del grupo de intervención, surge esta técnica en la generación de conversación y reflexión en el espacio acerca de un problema que hacen parte al individuo (Hernández et al; 2014, p.408).

Instrumentos

Observación de participantes. Vinculación en la experiencia de intervención con los participantes y el entorno en la que se desarrolla para recabar información directa por medio de la observación profesional de quien dirige la intervención (Hernández et al; 2014, p.263, p.417).

Preguntas de apoyo en la observación. Como parte del instrumento de la observación, por medio del profesional a cargo del desarrollo de la intervención, es de ayuda contar con preguntas, las cuales apoyan a dar orden a lo observado. Las preguntas abiertas, permiten ampliar y profundizar en las múltiples contestaciones, siendo de apoyo en la investigación de metodología cualitativa (Muñoz y Montoro, 2005) (*véase Anexo F*).

Diario de campo. Registro documental y material audiovisual. Registro por medio de material auditivo como grabaciones de audio o visual, por medio de fotografías y de notas del campo para evidencia de la intervención y consulta, permitiendo regresar al contexto de dicha problemática (Hernández et al; 2014, p.373).

Pruebas estandarizadas. Las pruebas estandarizadas es un instrumento psicométrico, que en una metodología cualitativa únicamente se utilizará como instrumento de apoyo para la búsqueda del fenómeno que se va a abordar, en la adaptación de la intervención, al igual que valoración de la población y no como instrumento evaluativo (Hernández et al; 2014, p.254, p.493).

Escala de carga del cuidador de Zarit (Caragiver burden interview, CBI). Es un instrumento diseñado por Steven H. Zarit en 1980 para cuidadores primarios, con el fin de evaluar la carga que presentan ante la función que se implementa, identificando sentimientos que experimentan las personas que suelen realizar dicho papel. La prueba busca encontrar la presentación de un nivel de carga en el cuidador, adjunto a esto busca también ver en los diferentes reactivos, el impacto del cuidador (2,3,7,8,10,11,12,14,16,17,18,19 y 22), relación interpersonal (1, 4, 5,6,9,13 y 19) y expectativas de autosuficiencia (15, 20 y 21). Dicha escala cuenta con un Alfa de Cronbach de confiabilidad y validez en México, de un índice de =0,84. Consta de 22 ítems con reactivos tipo Likert (*nunca=1, rara vez=2, algunas veces=3, bastantes veces=4 y siempre=5*) que se suman en su totalidad para dar resultado del nivel de carga (*véase Anexo A*), presentándose en tres clasificaciones, sobrecarga no presente (0-46), sobrecarga leve (47-55) y sobrecarga alta o intensa (56-110). (Alpuche et al., 2008; Montero et al., 2014). (*véase Anexo G*).

Test de psicodiagnóstico Gestalt (TPG). Instrumento diseñado por Salamá en año 1992 ante la necesidad de tener un método aproximación en la comprensión de los individuos y la relación con el ciclo de la experiencia, que permite conocer y explorar el *aquí y ahora* respecto a lo intra e interpersonal, llevando a la localización de bloqueos en los estilos de contacto de los individuos. El TPG es una escala de tipo dicotómica de opciones SI y NO, que cuenta con 40 reactivos con valor de 2 puntos cada uno, respecto a los diferentes bloqueos los cuales son formados por 4 reactivos en cada categoría, referentes a rasgos y actitudes de la persona. Las respuestas son divididas en subgrupos correspondientes a los estilos de contacto (postergación, desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia, fijación). Las clasificaciones de cada bloque son: desbloqueada, funcional, ambivalencia, disfuncional y bloqueada. (Descalzo, 2010). (véase Anexo H).

Escala de la fidelidad de la Terapia Gestalt. La Escala de fidelidad de la terapia Gestalt, fue creada y presentada por Fogarty en el año 2015. La escala fue validada con un Alpha de Cronbach de $\alpha=.865$ en psicoterapeutas con estudios de posgrado en la implementación de un año de terapias Cd. Juárez, Chihuahua, México. A lo largo del paso hasta que finalmente en el año 2020 se está enfocada en lo fenomenológico y en el trabajo que se presenta en relación a este, por medio de una integración de los campos que lo componen, desarrollando conciencia del trabajo que se realiza en el espacio terapéutico. Dicha escala es utilizada en la Gestalt como parte de la “Practica Basada en Evidencia”, como una medida de evaluación del terapeuta y el proceso en un ejercicio de supervisión. La escala está compuesta por 21 preguntas abiertas, las cuales se dividen en distintas categorías que son: relación dialogal, trabajo en el aquí y ahora, práctica fenomenológica, trabajo con la consciencia corporal, practica sensible al campo, trabajo con los procesos de contacto, actitud experimental y presencia de factores inusuales (Fogarty et al., 2020, Lozano et al., 2018) (véase Anexo I).

ATLAS.ti.23: Base de datos de apoyo al desarrollo de datos cualitativos, programa el cual es alimentado por información de las distintas herramientas, de imagen, audio o escritas, permitiendo la redacción y narración para el investigador de una forma coherente, acorde a las etiquetas, notas, categorías y conceptos establecidos por el mismo (Friese, 2012).

Aspectos éticos

Normas oficiales Mexicanas NOM

En el trabajo de intervención se tomará a consideración la Norma Oficial Mexicana Nom-004-SSA3-2012 publicado en el Diario Oficial de la Federación, la cual su principal objetivo es la protección del expediente clínico y su confidencialidad. Publicada originalmente el 5 de octubre del año 2010 y modificada el 15 de octubre del año 2012. La norma dice que todo expediente debe ser cuidado por un criterio a nivel científico, ético, tecnológico y administrativo en la realización del expediente clínico, así como el manejo en la conservación de dicho documento dentro de la confidencialidad (Diario de la Federación, 2012).

Código ético del psicólogo

Según el código ético del psicólogo, en el apartado de la calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo, competencia, honestidad, y calidad de las intervenciones psicológicas del art. 1 al art 36, del resultado del trabajo del psicólogo en el proceso de comunicación de los resultados que va del art. 50 al art.69 y de las relaciones que establece el psicólogo en consentimiento informado y confidencialidad del art.118 al art.139, se tomarán en cuenta los siguientes puntos para la intervención anuncian los artículos más destacados, pero tomando los apartados en cuenta a su totalidad para dirigir dicha intervención (Sociedad Mexicana de Psicología, 2012).

Comité de Ética en la Investigación

El Comité de Ética en la Investigación (CEI), el cual forma parte de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, es un grupo interdisciplinario de investigadores, que se conforma con el fin de evaluar la creación de proyectos de intervención e investigación de los alumnos próximos a egresar y los profesores investigadores, con el fin de salvaguardar la seguridad y bienestar de todas las personas participantes en la investigación, considerando las leyes y regulaciones nacionales , protegiendo a todo aquello que involucre seres humanos, animales y plantas, cumpliendo las normas oficiales de ética y bioética (UACJ, s.f) (*véase Anexo J*).

Capítulo III. Resultados y discusión

En el capítulo que se presenta a continuación, se muestran, datos, observaciones, descripciones y características del grupo psicoterapéutico Gestalt, así como el proceso durante la intervención en las distintas sesiones, con el trabajo de intencionalidad de los estilos de contacto y sobrecarga emocional, a través de las dinámicas y experiencias surgidas, con la finalidad de especificar su desarrollo, en relación a lo abordado a nivel teórico y experiencial de los miembros del estudio. Se inicia con el desglose de las distintas sesiones y sus acontecimientos, para cerrar con el desarrollo del proceso terapéutico desde la integración de los elementos, herramientas y técnicas que dieron pie a la formación de resultados en específico de dicho grupo.

Programa de Intervención desarrollo

Los participantes de la intervención, fueron cuidadores primarios informales canalizados del área atención fisioterapéutica a través de la fundación donde se aplicó el programa, los cuales fueron seleccionados acorde a los criterios de inclusión y exclusión, proporcionados a la institución. Se invito a los usuarios cuidadores del área de fisioterapia a unirse al grupo psicoterapéutico de manera voluntaria, ofreciendo una primera sesión psicoeducativa para brindar información de la atención que se les daría y su continuidad.

Valoración Diagnóstica Inicial

En una sesión de valoración diagnóstica inicial, se brindó un espacio de presentación del programa, el cual trajo alrededor de nueve participantes los cuales fluctuaron en las dos sesiones continuas, pero que finalmente cinco de ellos fueron usuarios permanentes del proceso, interesados en el espacio de atención. Como una introducción a los miembros, al programa terapéutico se realizó una presentación psicoeducativa titulada “*cuidadores primarios y sobrecarga emocional*”, como se muestra en la figura 2, en la cual se presentaron conceptos esenciales del programa (que es un cuidador, funciones de un cuidador, sobrecarga emocional, manifestaciones emocionales, importancia de cuidar y cuidarse), esto con la finalidad de hacer a los miembros conscientes de la temática, como introducción a una autoconsciencia del propio proceso (Godoy et al, 2020). Dinámica en la cual, así como lo menciona la Gestalt se creó una relación con la experiencia del espacio en el trabajo del “aquí y ahora”. En algunas de las diapositivas de la presentación se mostraron las distintas funciones de un cuidador, pidiendo a los miembros pudieran aportar

información en relación a su situación personal, donde se dio un diálogo de gran importancia en relación a la sobrecarga y sus funciones, llevando a que el grupo mencionara las múltiples funciones que realizan, destacando la falta de horarios establecidos y la importancia de la actitud de a quienes cuidan, para la realización de su función.

Terapeuta: ¿Qué cosas realizan dentro de sus funciones como cuidadores?

Grupo:” hu! pues un montonal. Lavarles la carita... Ayudarles hacer del pipi, darles el medicamento, aprender el nombre de los medicamentos, diez en la mañana, diez en la noche.

Terapeuta: ¿Qué es lo que se les hace más pesado de estos cuidados?

Grupo: A veces el carácter de los enfermos...de que es pesado, es pesado y desgastante, no hay horarios.

figura 2

Presentación PowerPoint “cuidadores primarios y sobrecarga emocional”

Funciones

La función principal del cuidador es permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándole a adaptarse.

En las funciones básicas del cuidador están: aseo, vestimenta, alimentación, traslados u otras funciones según el contexto.



Nota. Elaboración propia.

El proceso psicoeducativo introductorio finalizó al término de la presentación de power point, para posteriormente leer en conjunto el consentimiento informado, a través del cual se hizo de su consentimiento la participación voluntaria en el proceso terapéutico y los elementos que lo formaban. Durante la lectura del consentimiento surgieron las dudas de la constancia en el proceso, al finalizar de la sesión algunos miembros del grupo se acercaron a expresar, sus dudas surgida durante la lectura del consentimiento en relación a la necesidad e importancia de su presencia constante en el grupo, ya que debido al ser cuidadores primarios de la persona dependiente, su estancia en el proceso dependía de la salud de quienes cuidan y el encontrar quienes pudieran apoyarlos durante las horas que acudían a la intervención, era algo complicado en su situación personal. Lo anterior siendo de gran importancia como un primer acercamiento a la sobrecarga emocional que presentan dichos cuidadores, y la falta de red de apoyo en el cuidado.

Grupo: ¿Qué tan estricto sería, tener que estar constantemente aquí?

Terapeuta: parte de un proceso terapéutico, es esencial el estar...

En esta primera sesión, a quienes decidieron participar se les aplicaron dos herramientas diagnósticas en relación a las temáticas de la intervención, la primera siendo la Escala de carga del cuidador de Zarit (Caragiver burden interview, CBI) (Alpuche et al., 2008; Montero et al., 2014), con la intención de tener una noción del nivel de carga de los cuidadores, en la obtención de un primer vistazo antes del proceso, para la adaptación y evaluación continua. Aunque las herramientas que se aplicaron son de corte cuantitativo, al utilizarlas en una investigación cualitativa se convierte en una herramienta de valoración y no evaluativa.

En la tabla 4 se muestran resultados de una noción preliminar de la carga de los cuidadores, sin embargo, lo que realmente se tomó en cuenta para determinar la sobrecarga emocional, fueron las distintas sintomatologías y la fenomenología presentada a lo largo de la intervención en relación a la función de cuidar, utilizando esta herramienta como una primera mirada a la población que formó parte de la intervención; la cual permitió una comparación en relación a esta prueba y los cambios mostrados en los cuidadores.

Tabla 4*Escala de carga del cuidador Zarit – resultados iniciales*

<i>Rango de Puntuación</i>	<i>Sobrecarga</i>	<i>Usuarios en el rango</i>
<i>0-46</i>	<i>No presente</i>	<i>2</i>
<i>47-55</i>	<i>Leve</i>	<i>1</i>
<i>56-110</i>	<i>Intensa</i>	<i>2</i>

La segunda herramienta de apoyo en este primer acercamiento de valoración, fue el instrumento el Test de psicodiagnóstico Gestalt (TPG) (Descalzo, 2010), el cual es una herramienta que dio una aproximación de la presencia del uso de los estilos de contacto en el individuo, permitiendo un primer vistazo de los estilos de contacto predominante y su estado actual.

En la tabla 5 se muestra, una noción del uso de los estilos de contacto dentro del grupo de una manera preliminar al inicio del trabajo de intervención psicoterapéutico, dando una breve noción de su forma de contactar con el entorno y la expresión de sus necesidades. Las cinco distintas categorías mostradas en la tabla, hacen referencia a la forma de expresión de la conducta de los distintos individuos, relacionada con sus sentimientos, pensamiento y emociones en relación a sus necesidades expresadas al entorno, cubiertas o no cubiertas, establecidas a través del formato de preguntas de la prueba.

Tabla 5*Test de psicodiagnóstico Gestalt (TPG) – resultados iniciales*

	<i>Libre</i>	<i>Funcional</i>	<i>Ambivalente</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Bloqueado</i>
<i>Reposo -Postergación</i>		<i>3</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	
<i>Sensación - Desensibilización</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>1</i>		
<i>Formación de Figura - Proyección</i>	<i>2</i>		<i>1</i>	<i>2</i>	
<i>Movilización de Energía - Introyección</i>		<i>2</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	
<i>Acción - Retroflexión</i>	<i>2</i>	<i>1</i>		<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Precontacto - Deflexión</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	
<i>Contacto-Confluencia</i>		<i>3</i>	<i>2</i>		
<i>Postcontacto - Fijación</i>			<i>4</i>	<i>1</i>	

Aunque realmente lo que define los estilos de contacto es la fenomenología con la que interactúan en el entorno, esta herramienta permitió tener un acercamiento de cómo son utilizados o percibidos por cada individuo participante, destacando el uso que algunos de los estilos de contacto predominantes, en el momento de la aplicación de la prueba. En el cuadro destacan la presencialidad de la *disfuncionalidad o ambivalencias* en algunos estilos de contacto de los cuidadores. Se resaltan dichas categorías, ya que hablan de sentimientos y expresiones opuestas a las necesidades del individuo en la forma de expresarse con el entorno, lo que es relacionado con una sobrecarga emocional de la persona y el contacto con otros. Los estilos de contacto destacados en las categorías son *introyección con ambivalencia y disfuncionalidad* de la mitad del grupo, siendo este la incorporación de actitudes e ideas del entorno, la *deflexión* como la evitación de satisfactorios sin cubrir las necesidades, la *fijación* como conductas que impiden la retirada del contacto ante alguna situación, y finalmente la *proyección* donde se hace responsable al entorno de lo que originalmente es de uno mismo (Salamá, 2002a; Perls et al.,2003; Polster y Polster, 1991). En esta primera valoración se permitió tener una idea del trabajo o conductas que se presentarían, como un método de adaptación y valoración continua en el espacio, pero que sin embargo se corrobora con las conductas en el desarrollo del proceso.

En el proceso Gestalt de este primer encuentro se llevó a través, de las pruebas ya antes mencionadas, en conjunto con preguntas de observación, diario de campo y la escala de la Gestalt, ya antes mencionadas en la metodología, las cuales permitieron observar, destacando algunas situaciones del primer contacto. La presentación con la temática de cuidadores y sus funciones, fue una herramienta cualitativa de gran apoyo, ya que fue de interés en los cuidadores en el desarrollo de las sesión, las afirmaciones de manera no verbal (movimientos de afirmación con la cabeza o sonidos), ante el tema de la sobrecarga emocional de parte de estos, así como la dinámica surgida de manera espontánea en el espacio entre los compañeros, donde cada uno buscaba hacer el grupo lo más cómodo posible para el otro cuidador, acercando sillas, tratando de entablar conversaciones de manera natural, sin dejar su papel de cuidador.

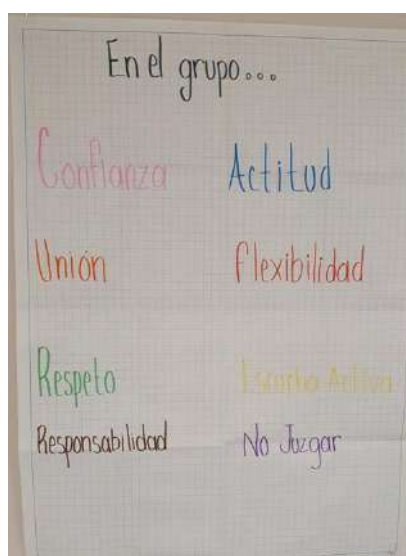
Finalmente se dio cierre del primer encuentro con el grupo para iniciar el proceso psicoterapéutico Gestalt, dando paso al trabajo grupal en la población.

Sesiones 1 y 2

En las sesiones uno y dos de la intervención, el objetivo fue que los integrantes se conocieran y pudieran trabajar en "pertenecer" abordando la intencionalidad del estilo de contacto de *confluencia* y estableciendo las reglas de una sana convivencia como se muestra en la figura 3. Las sesiones se trabajaron en conjunto como resultado, ya que ambas brindaron un espacio para que cada cuidador formara parte del grupo, donde las experiencias creadas en el espacio de ambas sesiones fortalecieron lo abordado como un "espacio de expresión". A través de las técnicas y estrategias elegidas como un método de experimentación, permitiendo crear un ambiente en específico, construido por los mismos miembros, surgiendo distintos acontecimientos.

Figura 3

Reglas de convivencia.



En la integración de los participantes y su historia de vida como una primera actividad de reconocimiento y validación de lo que los trajo al espacio, permitieron las primeras observaciones destacadas, donde el diálogo de presentación de manera individual que realizaron los cuidadores, destacó en su mayoría por una historia de vida desde la perspectiva de a quienes cuidan y no desde su persona, aunque a través de las técnicas gestálticas, se les encaminó a poderse expresar en

primera persona y no desde quienes cuidan, el diálogo regreso a la persona cuidada de manera constante y al sufrimiento de esta, evitando el proceso de contacto con las emociones de ellos mismo y su adaptación al volverse cuidadores.

Una situación general mencionada de los cuidadores a otros y a ellos mismo en un primer encuentro, fue la mención de las palabras “*esperanza y milagro*” como una posibilidad de cambio ante la situación de su presente, dejando de lado las cuestiones médicas y responsabilidad de lo propio en su función. Los cuidadores mencionaron que el espacio los motivaba a agregar algo nuevo a sus actividades y hacer algo propio de ellos, pero motivados por la mejora de la función que realizan, en beneficio de a quienes cuidan y no como un cuidado propio.

En el inicio de la sesión dos algunos de los participantes desertaron del grupo ante la dificultad de dejar a la persona cuidada a cargo de otro, ya que mencionaron “*solo yo, lo se cuidar*”, creando una sensación de angustia al dejarlos. Algunos otros participantes buscaron alternativas en el espacio de la institución, para estar cerca de quienes cuidan, sin descuidar el nuevo espacio que se habían permitido a ellos mismo.

En esta segunda sesión acorde la actividad realizada, los participantes pudieron contar en pares, su historia de vida y lo que han pasado como cuidadores, expresándole al resto del grupo aquello entendido desde su percepción personal, escuchado y expresado por su pareja de trabajo en la sesión, llevando al grupo a mencionar palabras de admiración al compañero, en el empatizar con las historias de otros, identificándose y reflejándose en los demás cuidadores, en un trabajo del ciclo interactivo. Los estilos de contacto presentes durante la sesión fueron la *proyección* en la identificación con las historias de otros, pero sin la identificación del proceso propio, y la *introyección* con las palabras “*deber y tener*” presentes en las narraciones. Algunas palabras y oraciones destacadas de la sesión “*derrotada*”, “*no debo llorar*”, “*no me gusto, como persona*”, acompañado de posiciones corporales de pies despegados del suelo y en puntas, brazos cruzados y uso de artículos como bolsas frente al cuerpo para cubrirse, como símbolo de protección y dificultad en el contacto con el presente.

Acorde a las sesiones y su desarrollo fenomenológico, se da la relación de los acontecimientos con lo referido por Herbert Freudenberger, estableciendo la sobrecarga con un vínculo de la desmotivación, agotamiento y la descarga emocional fuerte hacia la persona

acompañada, en conjunto jornadas de tiempo prolongados en el cuidado (Maicon et al.,2010, p.169; Marrodan,2009).

Sesiones 3 y 4

Las sesiones tres y cuatro se relacionaron, atendiendo las intencionalidades de los estilos de contacto de *proyección* en el "reconocimiento" y *postergación* en la "relajación", a través dinámicas corporales y sensitivas, enfocadas en el sentir desde el presente. El reconocimiento del del sentir físico y emocional, permitió la guía paulatina a el “darse cuenta” de las necesidades personales, crecimiento y cambio, tanto en las funciones del cuidar a otros como el propio, llevando al autocuidado.

En el trabajo del *reconocimiento*, se guió a través una meditación donde el principal objetivo fue guiar al reconocer de las dolencias corporales, el estado del cuerpo y el sentir emocional. La actividad llevo a reconocer la información que brinda el cuerpo y la mente, sin forzar que se diera algo en específico, si no respetando lo sentido en el espacio y durante la experiencia. Algunas de frases surgidas de las reflexiones de parte de los cuidadores se relacionaban con el cansancio físico y mental de los mismo. Al igual que la relación de su bienestar con el de la persona cuidada como una dependencia. Las frases destacadas por los usuarios en el monitoreo corporal durante el trabajo del proceso de meditación fueron, “*necesito descansar*”, “*quiero una cama*”, acompañado de movimientos corporales como, quedarse dormidos durante la meditación, pies y brazos caídos al lado del asiento, relajación de la tensión muscular (postura de la espalda), las cuales dieron pie a reconocer malestares.

La sobrecarga emocional se manifestó a través de los pensamientos de culpabilidad en relación a la *proyección* desde el aspecto disfuncional, presentándose en el proceso de su auto reconocimiento, impidiendo a algunos miembros de grupo el contacto y resistencia a la relajación, donde surgieron frases referentes a la persona cuidada como “*si mi hija está bien, yo estoy bien*”, durante el desarrollo de la actividad. Se presentaron bloqueos en el contacto, los cuales fueron acompañados de movimientos corporales como, abrir los ojos constantemente durante la meditación, omisión de opinión durante la reflexión de la sesión, cuerpo en diagonal fuera del círculo formado durante la meditación, etc.

En la sesión cuatro como un trabajo conjunto, al "reconocimiento" del cansancio físico y emocional que se presentó en la sesión anterior, se abordó la intencionalidad de "relajación" del estilo de contacto de *postergación*, el cual presento espacios de resistencia de parte de los cuidadores, ante la inducción en el proceso, ya que la actividad a realizar era la expresión de su sentir a través de una masilla como se muestra en la figura 4, donde el contacto con lo mental y el sentir físico fue el eje que rigió el ejercicio aplicado. Algunos cuidadores utilizaron la verbalización acerca de otros temas durante el ejercicio como, técnica de bloqueo con su emoción. Al presentar las figuras realizadas con la masilla por los cuidadores, surgieron varias frases "*me frustra, me siento que no me escuchan, cuando quiero ayudarles...*", "*hay muchas cosas que he dejado de hacer porque quiero a mi hijo*", "*ser libre, como lo era mi hijo antes*", "*me da tristeza ver a mi hijo ser lo que nunca quiso*", todas frases referentes a aquellas personas que cuidan y como han cambiado su vida de la movilidad a la quietud bajo distintas condiciones de impedimentos de su autonomía, frases las cuales los reflejaban a ellos y a sus cambios de vida. Las palabras "*pero*" "*quiero hacer más*", "*dejar los errores*", "*estoy cansada*", "*siento tristeza*", "*ser la de antes*", resonaron en el grupo, ya que, en algunos miembros reflejaron el estado emocional en el que se encontraban, siendo un proceso complicado de expresión, por lo que las palabras permitieron empezar a materializar de manera verbal, el reconocer que algo sucedía.

La corporalidad presentada de manera continua durante el ejercicio, fue de pies despegados del suelo, manos escondidas bajos las piernas, pies cruzados, pies con movimientos repetitivos, ante un posible impedimento en el contactar.

Grupo: yo soy de las personas que, trato de volver hacer las cosas, cuando cometo un error intentando de nuevo, olvidándome del error.

Terapeuta: y si no se olvida del error...que le permitiría.

Grupos: aprender...de ese error, se puede hacer algo mejor ¿no?

Grupo: "poner una muralla alrededor para evitar el conflicto"

Figura 4*Actividad con masilla*

En las sesiones explicadas un punto a destacar es el proceso en el grupo terapéutico o que también se pudiese manejar como grupos de encuentro. En este proceso los distintos miembros empiezan a reconocerse a sí mismo, porque la descripción de sus sentimientos aunque sean del pasado, salen a flote, lo que les permite reconocer en el presente distintos conflictos, con algunas dificultades en su reconocimiento, pero que mediante el recorrido llevan un curso de desarrollo paulatino de formación para ser atendido acorde el cuidador, generando herramientas de atención para enfrentamiento (González et al; 2020).

Recordemos que la sobrecarga emocional viene de la falta de expresión de sentimientos, pensamientos y emociones de los individuos, por lo que, al ir reconociendo estos procesos, la sobrecarga también se puede reconocer no solo de manera física, si no con la expresión de su sentir emocional con frases como “*no debo llorar*”, lo que hace del conocimiento de la represión de la emoción.

Sesiones 5 y 6

En la quinta sesión se trabajó con la intencionalidad del estilo de contacto de *deflexión* la cual trabaja en “aclarar lo que se desea y lo que no” a través de la identificación del entorno y sus recursos, para construir. En esta sesión se inicio el trabajo terapéutico por medio del repaso semanal, de acontecimientos y emociones, como apertura a el trabajo terapéutico a través del

ejercicio de sesión, el cual el objetivo era visualizar lo que se pretende hacer en el camino por delante en sus vidas y lo que se ha logrado hasta el momento.

El ejercicio realizado como se muestra en la figura 5, permitió reconocer al grupo las cargas que ha tenido de manera emocional, reconociendo en el presente lo que carga, trabajando en la identificación de sus sobrecargas emocionales y sus preocupaciones, refiriéndose a ellos mismo y el cómo les afecta de manera directa el estado emocional y la salud de quienes cuidan. En la sesión se repitieron o presentaron frases como, *“quiero tener una palanca para controlar y no sufrir...”* y *“ser cuidador es pesado”*, donde dichas frases permitieron ver lo que se quiere o desea hacer por delante, *“quiero ver como progreso”*, *“nunca...hace mucho tiempo no me sentía así”*.

Ilustración 5

Actividad “la vela”



En esta sesión se presentaron no solo el estilo de contacto de deflexión, algunos otros también se trabajaron en conjunto, como el trabajo de la desensibilización y reflexión donde se reconocieron emociones y acontecimientos propios de sus experiencias, la pertenencia en el trabajo de la confluencia ante la aceptación del grupo en la verbalización de sus deseos. Por otro lado, se evidencio la continuación del trabajo en la fijación, ya que el grupo aun trabaja en la autonomía de su actuar y autoapoyo.

La sesión seis se trabajó en la intencionalidad de “placer o gozo” siento esta del estilo de contacto de la *desensibilización*, por medio de una actividad de logros de lo que pueden apoyar y los avances de quienes cuidan, poniéndose en los zapatos del cuidado, como se muestra en la figura 6. El conocimiento de sí mismo obtenido a través de una experiencia, permite una mejor asimilación de los procesos propios y las reacciones a situaciones. Las palabras como *frustración*, *cansancio* y *dificultad*, se hacen presente durante la actividad permitiendo que ellos mismos seleccionen aquello que les trae alegría y puedan visualizar el trabajo realizado como cuidadores.

Figura 6

Actividad “cuidado-cuidador”



Posteriormente al término de la actividad grupal se da un espacio de reflexión, se expresó como se sintieron con la experiencia en el grupo, “*tranquila*” “*alegre*”, “*proceso difícil*”, permitiéndose expresar la percepción de lo sentido y vivido, dando visibilidad también a lo agradable. Algunos otros estilos de contacto que también hicieron presencia en el trabajo es la introyección, postergación y fijación, con procesos de relajación, experiencia, y autonomía.

La sobrecarga emocional se da principalmente por la acumulación de sentimientos, pensamientos y sensaciones no expresadas que llevan un efecto de agotamiento mental e incluso físico, por lo que las sesiones presentadas donde se ofrece experiencias, permiten expresar lo acumulado como una decisión consciente, da seguimiento a un cambio al estado emocional, permitiendo la priorización de las necesidades propias (Li-Quiroja et al., 2015; Sabater,2020; Fernández-Abascal et al; 201, pp. 18-21).

Sesiones 7 y 8

En las sesiones siete y ocho se trabajó en los resultados en conjunto, de la *introyección* y la *fijación*, a través de sus intencionalidades que son “ser aceptados por el entorno” y “sentirse autónomo y con autoapoyo”, trabajando en la autoconfianza. En las sesiones se trabajaron la aceptación incondicional, validando las experiencias que lleven a la independencia y autonomía, donde ambas intencionalidades dan un seguimiento por medio de sus actividades y reafirmación una de otra.

En la intencionalidad de ser aceptados por el entorno, el trabajo se inició por un auto reconocimiento, mediante la actividad. A través del desarrollo de la sesión surgió la expresividad de sus dolencias y lo perdido. Se trabajo a través de una metáfora de escalas como se logra observar en la figura 7, que iban desde todo aquello que desestabiliza su estado emocional, hasta aquello a lo que tenían disposición por trabajar e incluso aquello que le apoya del entorno en su presente, expresandolo durante el ejercicio.

Figura 7

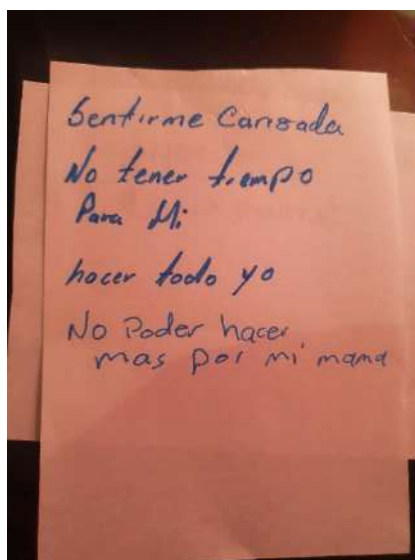
Actividad “Metáfora de las dos escalas”



Durante la sesión se manejaron las experiencias por medio de papeles colocados en una escala colocando aquello que le dificulta sentirse bien, expresándolo de manera verbal y escrita, “sentirse cansada”, “ser una persona con solo dos manos”, “estar en un hogar cerrado”, como se muestra en la figura 8, para posteriormente ver las alternativas de auto atención.

Figura 8

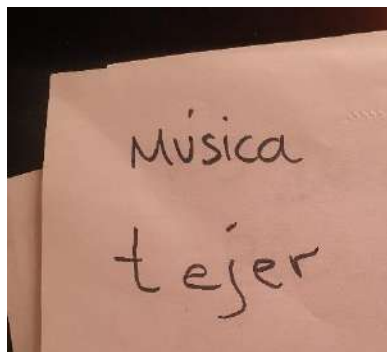
Resultado de actividad de “Metáfora de las dos escalas”



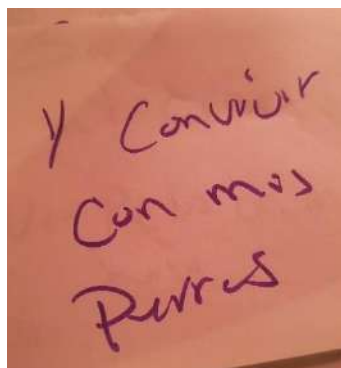
La actividad le permitió al cuidador reconocer sus dolencias cuando deja de lado sus necesidades de salud física y emocionales, debido a la priorización de atención al enfermo y las necesidades de este, permitiendo que, a través de la actividad gestáltica de experimentación, sean libres de elegir que asimilar y reconocer, para posteriormente invitarlos a buscar su disposición en atención a sus dolencias como un compromiso propio con ellos, aceptándose como seres de importancia. Al final de la sesión el cuidador genera alternativas de auto regulación como se observa en las figuras 9 y 10, donde los cuidadores escribieron “escuchar música y tejer”, “ejercicio, pensar en positivo”, “convivir con más personas”, “salir al cine”, entre otras opciones de autoatención. La actividad les brindó creación y reconocimiento de sus propias herramientas de cuidado, elegidas acorde a sus posibilidades y circunstancias, siendo una forma de atención a la sobrecarga emocional, como un primer frente de atención en el reconocer la falta de atención a sus necesidades.

Figura 9

Actividad de “Metáfora de escalas” opciones de atención

**Figura 10**

Actividad de “Metáfora de escalas” opciones de atención

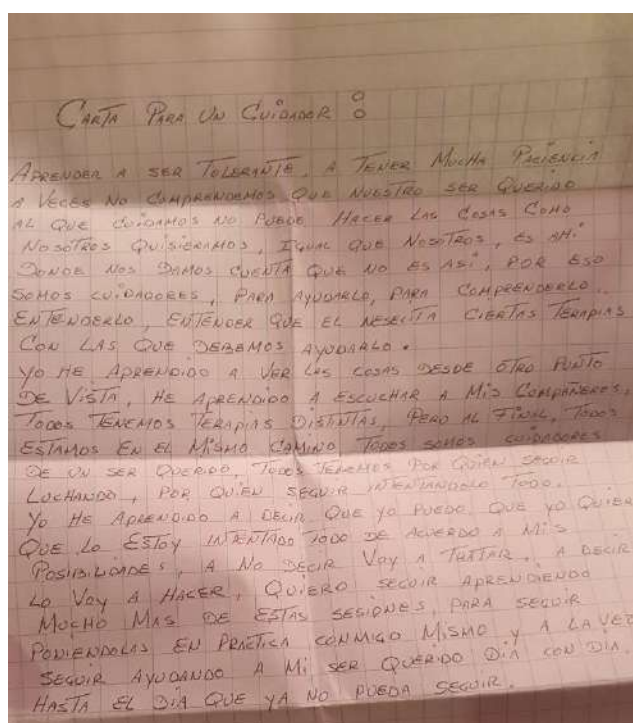


En la sesión ocho se dio seguimiento a la atención, al estilo de contacto de *fijación*, trabajando con la intencionalidad “sentirse independiente, autónomo y libre de vivir apoyándose en si mismo o su autoapoyo”, la cual se abordó a través de la invitación a realizar una carta a un cuidador, dotándola de los elementos aprendidos y obstáculos transcurridos durante el transcurso de su tiempo como cuidadores, apoyando a otro cuidador en el camino en el inicio de su función.

Durante el ejercicio surgieron elementos de aprendizaje al escuchar a otros y sus cartas, “esa es su forma de demostrar el amor...” “todo lo que perdí...”, “a no decir, voy a tratar, a decir lo voy hacer...”, “era su forma de querer...”, “soy ahora, por eso que pase...”, “ojalá nunca te pase lo que a mí”. Las frases mencionadas venían dotadas de emocionalidad en las palabras de los cuidadores y de procesos que en otros espacios terapéuticos no habían comentado, observando lo antes dicho en la figura 11.

Figura 11

Actividad “Carta al cuidador”



El cuidador logra reconocer las herramientas de autoapoyo que ha generado a lo largo de su función; al dirigir la carta a otro cuidador y sabiendo que puede pasar cosas similares, en esta ocasión escriben desde su presente y lo pesado que ha sido, escribiendo y verbalizando la sobrecarga emocional.

En ambas sesiones las introyecciones, desde las creencias familiares se hicieron presentes, al momento de la aceptación de su cansancio mental y emocional, la proyección al no sentirse valorado en algunas ocasiones, desde el lado disfuncional. Por medio de los ejercicios se hacen

presentes la retroflexión, deflexión, desensibilización y la fijación, desde su lado funcional expresando las experiencias, deseos y generando recurso de autoapoyo.

Sesión 9

En la sesión número nueve se trabajó el estilo de contacto de retroflexión a través de la atención a la intencionalidad de “expresar sus experiencias y deseos, por medio de un ejercicio de visualización creativa, en el cual se buscó invitar al cuidador a una introspección, en conjunto con el dialogo, permitiendo expresar acontecimiento de vida, sus experiencias y deseos, con la intención de encaminar al cuidador al *aquí y ahora*.

Durante la introspección el grupo trajo a flote acontecimientos del pasado, dejando en lo escuchado y observado, que no solo existen procesos de sobrecarga emocional relacionada con la función de cuidador, sino también con otros procesos de vida. Durante la sesión el recordar el camino de vida, le permitió al cuidador planificar a futuro, y la forma de inicio en el presente.

Grupo: *“me permití ir” ... “deseo de ir a la playa” ... “encaminada”*.

En la sesión de los cuidadores se permitieron manejar la desensibilización desde su lado funcional, expresando sus emociones, parte importante del proceso de una autoconsciencia en la sobrecarga emocional, volviéndola visible y de responsabilidad de su proceso.

Sesión 10

La sesión de finalización del proceso terapéutico, se enfocó en una actividad de integración final, como apoyo en la toma de conciencia de lo sucedido durante las sesiones anteriores, mediante un mapa de sueños como se muestra en la figura 12, mediante el proceso de construcción de lo que se quiere hacer en el presente para su futuro, siendo el eje de estas decisiones.

Grupo: *“ahí que sonreírle a todo”, “el pasado ya quedo atrás”, “me gusto sesión de hoy”, “sonríe que la vida vuela”, “hoy es un buen día para sonreír y conseguir lo que yo quiero”, “me voy feliz de haber convivido”*.

La sesión fue emotiva para los cuidadores, al ser la última sesión terapéutica, reflexionaron sobre sus avances, algunos vieron los cambios en ellos mismo y lo que quieren realizar, e incluso lo que ya han iniciado.

Figura 12

Actividad “Mapa de sueños”.



Valoración diagnóstica final

En una sesión de valoración diagnóstica final, se dio cierre a través de entrevistas y cuestionarios al grupo acerca del programa. Como una finalización del programa terapéutico con la finalidad de hacer a los miembros conscientes de lo transcurrido durante el proceso, como camino a una autoconsciencia del proceso.

El proceso valoración diagnóstica final se les aplicaron dos herramientas diagnósticas en relación a las temáticas de la intervención, la primera siendo la Escala de carga del cuidador de Zarit (Caragiver burden interview, CBI) (Alpuche et al., 2008; Montero et al., 2014), con la intención de tener una noción del nivel de carga de los cuidadores al final, en la obtención de un vistazo final del proceso, en la adaptación y avance de los cuidadores, siendo estos no determinantes, si no como seguimiento a la valoración psicoterapéutica. Aunque las herramientas que se aplicaron son de corte cuantitativo, al utilizarlas en una investigación cualitativa de convierte en una herramienta de valoración y no evaluativa.

Un factor importante del entorno en la frontera del contacto de los cuidadores es que durante el programa de intervención, se identifico la normalización de la sobrecarga emocional desde la función implementada y los introyectos de algunos cuidadores, un punto a destacar debido a su posible influencia en resultados y conclusiones.

En la tabla 6 se muestran resultados finales de la carga de los cuidadores, sin embargo, lo que realmente se tomó en cuenta para determinar la sobrecarga emocional fueron las distintas sintomatologías y la fenomenología presentada a lo largo de la intervención en relación a la función de cuidar, utilizando esta herramienta como un segundo punto de vista de los cuidadores que formaron la intervención., la cual permitió una comparación en relación a esta prueba y los cambios mostrados en los cuidadores, así como la importancia de la concientización de la sintomatología de la sobrecarga.

Tabla 6

Escala de carga del cuidador Zarit – resultados finales

<i>Rango de Puntuación</i>	<i>Sobrecarga</i>	<i>Usuarios en el rango</i>
<i>0-46</i>	<i>No presente</i>	<i>2</i>
<i>47-55</i>	<i>Leve</i>	<i>0</i>
<i>56-110</i>	<i>Intensa</i>	<i>3</i>

La segunda herramienta de apoyo, fue el instrumento el Test de psicodiagnóstico Gestalt (TPG) (Descalzo, 2010), el cual es una herramienta que dio una aproximación de la presencia del uso de los estilos de contacto en el individuo, permitiendo un último vistazo de los estilos de contacto predominante y su estado actual.

En la tabla 7 se muestran los resultados, del uso de los estilos de contacto dentro del grupo de una manera final del trabajo de intervención psicoterapéutico grupal, dando una breve noción del avance en su forma de contactar con el entorno y la expresión de sus necesidades. Las cinco distintas categorías mostradas en la tabla, hacen referencia de la forma de expresión de la conducta de los distintos individuos, destacando que los estilos se valoraron de manera fenomenológica de manera constantes durante las distintas sesiones, siendo este test una referencia y un instrumento de apoyo. En esta última valoración se permitió tener una idea del trabajo o conductas que se presentaron al final, como un método de adaptación y valoración continua, sin embargo, se corroboró con las conductas en desarrollo del proceso terapéutico.

Tabla 7

Test de psicodiagnóstico Gestalt (TPG) – resultados finales.

	<i>Libre</i>	<i>Funcional</i>	<i>Ambivalente</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Bloqueado</i>
<i>Reposo -Postergación</i>	1	1	2	1	
<i>Sensación - Desensibilización</i>	3	2			
<i>Formación de Figura - Proyección</i>	2	2	1		
<i>Movilización de Energía - Introyección</i>	1	1	1	2	
<i>Acción - Retroflexión</i>	1	2	1	1	
<i>Precontacto - Deflexión</i>	1		3	1	
<i>Contacto-Confluencia</i>	3	1	1		
<i>Postcontacto - Fijación</i>		1	3	1	

Proceso psicoterapéutico Grupal.

En lo presentado a continuación se agrupo la información de cada una de las sesiones previamente explicadas y desarrolladas, para la formación de resultados finales, iniciando con el abordaje desde los elementos gestálticos que permitieron que dicho grupo en específico de intervención, pudiera general los elementos obtenidos, apoyado de lo encontrado con la herramienta de la *Escala de fidelidad de la Gestalt* como una evaluación constante de las sesiones, en un segundo tiempo se conjuntan los elemento de obtención de resultados concluyentes a través las *preguntas de apoyo en la observación* por sesión, el *diario de campo* y el material *audiovisual*, para la agrupación de cambios antes, durante y después de la intervención, creando cuadros comparativos que permiten ver con claridad los cambios durante la experiencia grupal, para finalmente concluir con la comparación de la valoración inicial y final de la intervención referidas a los estilos de contacto y la sobrecarga emocional, integrando un análisis a profundidad desde lo observacional y fenomenológico, para también adjuntar elementos de gran valor como lo es un un *cuestionario de cierre* de preguntas abierta que permitieron la retroalimentación de la investigación.

Dentro del proceso de las diez sesiones psicoterapéuticas se trabajó con la experiencia grupal e individual de los miembros, en búsqueda de movimiento, en el desarrollo de atención a la

En el proceso de la intervención de la terapia Gestalt llevado a través de este programa, fue de gran importancia la creación de un espacio de seguridad para los cuidadores, expresando libremente sus experiencias en el espacio desde su función, algunas palabras destacadas de la nube de ideas por repetición fueron, *espacio, experiencia, proceso, acompañamiento, expresión, sentir, grupo, relación, corporalidad, expresión, identificación*, etc. Las cuales fueron eje principal en este proceso de intervención Gestalt y la composición de las distintas sesiones, para el desarrollo y resultados, de este grupo en específico.

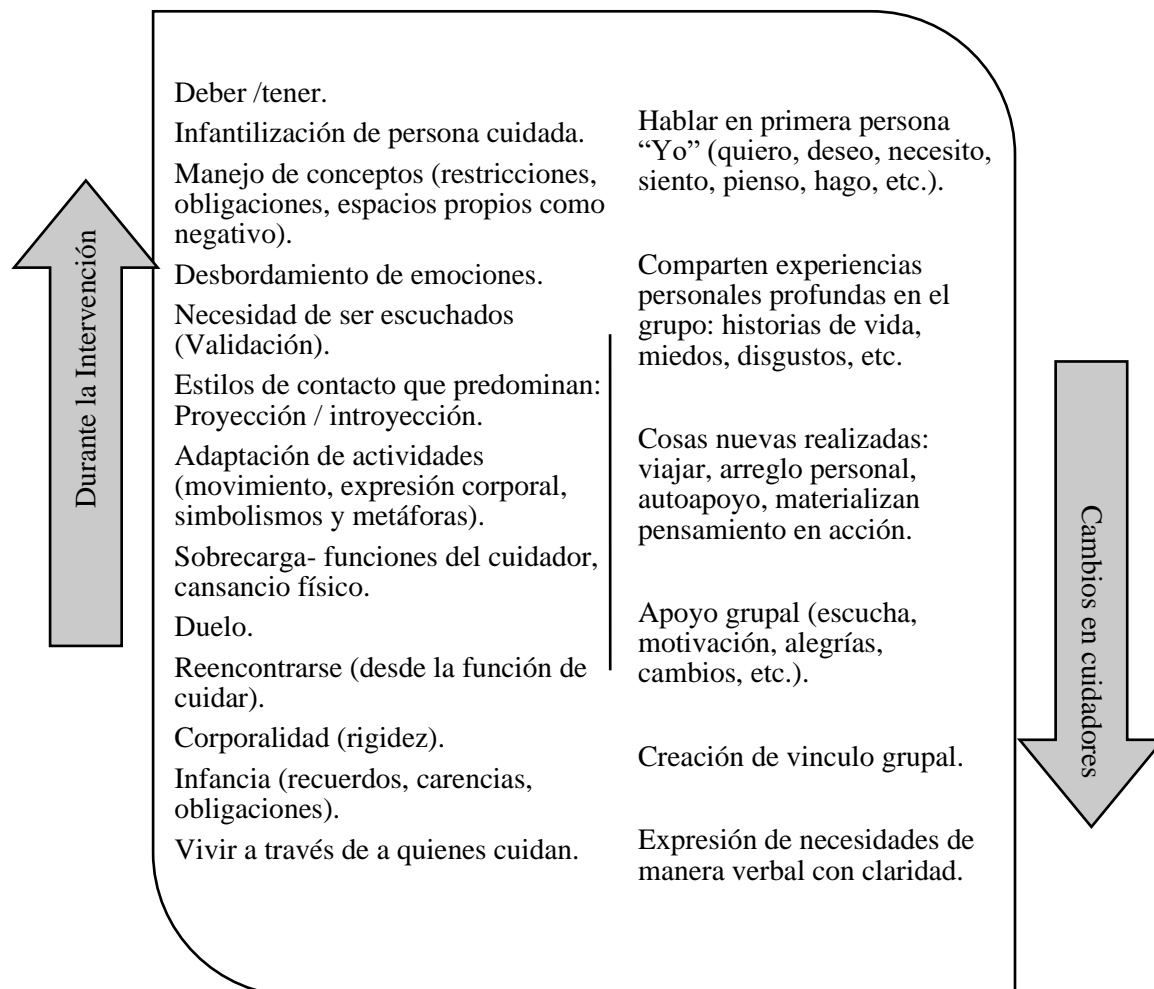
Los principales componentes del proceso Gestalt obtenidos a través del análisis de la escala presentado en la intervención, se componen de la relación Yo-Tu en la adecuación del espacio terapéutico al usuario en el acompañamiento, lo que fomentó la expresión del sentir y experiencias personales, donde en el reflejo de la información, guiando a identificar el proceso propio en conjunto con el grupo, el trabajo con los procesos corporales, las técnicas gestálticas y el uso de la experimentación (Perls, 1976; Yontef, 1995), en el espacio terapéutico crearon la dinámica del ciclo interactivo de la Gestalt en la cohesión grupal, como el acompañamiento que se brindó en el espacio, presentándose una transformación individual, exploración de las experiencias, adaptación constante a las necesidades de los usuarios, encaminado al trabajo del *darse cuenta* (Atieza, 1987; Perls et al., 2003; Zinker, 2003).

La dinámica creada por los distintos elementos identificados de la escala Gestalt, el *diario de campo*, las *preguntas de observación* y los elementos *audiovisuales* permitieron también, la observación de los cambios conductuales referidos a la expresión de los sentimientos, emociones y pensamientos, en el transcurso del espacio psicoterapéutico grupal, a través de la creación de un espacio de *aceptación incondicional*, la liberación emocional y la transmisión de las necesidades personales a su entorno, cambiando la forma de contactar con este y bajando la sobrecarga emocional.

Mediante la dinámica antes explicada, se realizó un concentrado de los cambios observacionales y conductuales de los cuidadores participantes en el grupo psicoterapéutico, mostrándolo en la tabla 8, como un proceso de recopilación de datos generales en la valoración constante de la intervención.

Tabla 8

Tabla comparativa observacional durante el proceso psicoterapéutico Gestalt grupal (Notas de campo).



Nota. Elaboración propia.

Como un proceso de monitoreo de los estilos de contacto emergentes en cada sesión, se realizó la tabla 9, acerca de la presencia funcional y disfuncional de estos, en el transcurso de su desarrollo trabajando con su intencionalidad. Las intencionalidades fueron abordadas en los cuidadores con la intención de trabajar sus pensamientos y emociones, con el fin de abordar la sobrecarga emocional.

Tabla 9

Monitoreo de estilos de contacto durante el programa

Sesión	Estilos de contacto	Frases	Observaciones
Valoración Inicial	Fijación, introyección, deflexión, proyección (disfuncional) Retroflexión (funcional)	<i>a veces el carácter de los enfermos...de que es pesado, es pesado y desgastante, no hay horarios.</i> <i>¿Qué tan estricto sería, tener que estar constantemente aquí?</i>	Les sorprende el tema, sin embargo, logran identificar de lo que se habla en la presentación de sobrecarga y tipos de cuidadores.
Sesión 1 y 2 confluencia “pertenencia”	Proyección, desensibilización (disfuncional). Confluencia, retroflexión (funcional)	<i>“esperanza y milagro”</i> <i>“solo yo lo se cuidar”</i> <i>“derrotada”, “no debo llorar”,</i> <i>“no me gusto, como persona”,</i> <i>“deber y tener”</i>	Reflejo en las historias del grupo. Sobrecarga como un desmotivador ante el futuro.
Sesión 3 proyección “reconocimiento” y sesión 4 postergación “relajación”	Introyección, deflexión, fijación (disfuncional) Retroflexión, proyección, postergación, confluencia (funcional)	<i>“necesito descansar”, “quiero una cama”, “si mi hija está bien, yo estoy bien”, “me frustra, me siento que no me escuchan, cuando quiero ayudarles...”</i> , <i>“hay muchas cosas que he dejado de hacer porque quiero a mi hijo”, “ser libre, como lo era mi hijo antes”, “me da tristeza ver a mi hijo hacer lo que nunca quiso”, “pero” “quiero hacer más”, “dejar los errores”, “estoy cansada”, “siento tristeza”, “ser la de antes”</i>	En el grupo se empieza a reconocer, reconociendo en cansancio y perteneciendo a un grupo.

Sesión	Estilos de contacto	Frases	Observaciones
Sesión 5 Deflexión “aclar lo que desea y que no” sesión 6 desensibilización “placer o gozo”.	Introyección, fijación (disfuncional) Deflexión, reflexión, desensibilización (funcional).	<i>“niña destruida...herida”, “quiero tener una palanca para controlar y no sufrir...sufran otros”.</i> <i>“quiero ver como progresa” (persona cuidada).</i> <i>“no es necesario para mí”, “es una semana tranquila”.</i> <i>“yo era como esta vela, la luz de mi familia”, “mis cosas son mis cosas”, “yo ya viví”.</i> <i>“sin un peso”</i> <i>“nunca...hace mucho tiempo no me sentía así”</i> <i>“la soledad”, búsqueda de “unión”.</i> <i>“frustrante”</i> <i>“ser cuidador es pesado”, “tranquila” “alegre”</i> <i>“frustrante que te cuiden”</i> <i>“estoy cansado” “proceso difícil”</i>	En la sesión los participantes logran expresar el sentir y cargas, posición abierta del cuerpo, Apoyan a otros compañeros.
Sesión 7 Introyección “ser aceptado por el entorno” y sesión 8 Fijación “sentirse independiente, autónomo y libre de vivir apoyándose en sí mismo o su autoapoyo”	Introyección, proyección, postergación (disfuncional) Retroflexión, fijación, deflexión, desensibilización (funcional)	<i>“Aprendo a dejar ir”, “dolores” “mis dolores”</i> <i>“me puedo reír”</i> <i>“esa es su forma de demostrar el amor...” “todo lo que perdí...”</i> , <i>“a no decir voy a tratar, a decir lo voy hacer...”</i> , <i>“era su forma de querer...”</i> , <i>“soy ahora por eso que pase...”</i> . <i>“ojalá nunca te pase lo que a mí” (carta al cuidador).</i> <i>“me dijo torpe y eso me lastimo” (comentado por la persona cuidada a ella).</i>	Revelan en el espacio, otras cargas emocionales aparte de cuidar. Problemas de la vida cotidiana. Hablan de la espiritualidad.

Sesión	Estilos de contacto	Frases	Observaciones
Sesión 9 Retroflexión “Expresar sus experiencias y deseos”	Postergación, introyección (disfuncional) Retroflexión, confluencia, fijación, deflexión, desensibilización (funcional)	“ <i>encaminada</i> ”, “ <i>mi infancia es algo que no quiero recordar</i> ”, “ <i>7 años y ver a tu mamá de esa forma</i> ”, “ <i>culpa de lo que pueda suceder</i> ”, “ <i>pasillo su hogar</i> ”, “ <i>buena infancia/ niñez</i> ”, “ <i>deseo de ir a la playa</i> ” “ <i>me permití ir</i> ” (durante la meditación).	Cambios de imagen en los cuidadores, llegan visualmente más pulcros en la vestimenta, cabello pintado. (cuidador se ausenta por
Sesión 10 Integración	Postergación, fijación, introyección (disfuncional). Deflexión, proyección, desensibilización, confluencia (funcional).	“ <i>ahí que sonreírle a todo</i> ”, “ <i>el pasado ya quedo atrás</i> ”, “ <i>me gusto sesión de hoy</i> ”, “ <i>sonríe que la vida vuela</i> ”, “ <i>hoy es un buen día para sonreír y conseguir lo que yo quiero</i> ”, “ <i>me voy feliz de haber convivido</i> ”.	El grupo planea la continuación del grupo, como red de apoyo.
Valoración diagnóstica final	Deflexión, retroflexión, confluencia, fijación (funcional)	“ <i>me ayudaron a descubrirme</i> ”, “ <i>ahí que sonreírle a todo</i> ”, “ <i>el pasado ya quedo atrás</i> ”, “ <i>me gusto sesión de hoy</i> ”, “ <i>sonríe que la vida vuela</i> ”, “ <i>hoy es un buen día para sonreír y conseguir lo que yo quiero</i> ”, “ <i>me voy feliz de haber convivido</i> ”.	Hablan de avances personales y lo que buscan realizar.

Nota. Elaboración propia.

El programa permitió identificar algunos componentes de la sobrecarga emocional en los cuidadores desde debido al desplazamiento de sus necesidades personales en segundo término, como algo que no necesitaba inmediatas, permitiendo describir el proceso de intervención en el acompañamiento emocional. Por lo mismo se quisieron permitir los distintos enfoques del programa desde el terapeuta hasta el cuidador, destacando dos aspectos importantes, primero la cercanía en relación al vínculo afectivo al cuidado y su influencia, y segundo el describir la

intervención en búsqueda de siempre ser mejorada en espacios futuros, buscando de manera central el bienestar de la población. A continuación, en la tabla 10, se destaca a través de los estilos de contacto y sus preguntas lo vivido por los cuidadores a través de preguntas directas de su proceso.

Tabla 10

Cuestionario de cierre.

Estilos de contacto y preguntas	Respuestas
Desensibilización	
¿Cuáles son las herramientas de autoapoyo con las que contabas antes de iniciar el proceso?	no recuerdo alguna herramienta. la necesidad de seguir adelante. no recuerdo alguna herramienta de autoapoyo terapia previa, buscar información con terapeutas. Mas débil.
¿Crees que el proceso te ha permitido generar nuevas herramientas de autoapoyo? ¿Cuáles?	paciencia. sí, la fortaleza, la fuerza y voluntad para no rendirme. sí, disponibilidad. sí, aprender a comprender un poco más a nuestro familiar. poniéndonos en el lugar de sus limitaciones. Que hay cosas que no debo de tolerar.
Proyección	
¿A lo largo de este proceso de que te has percatado de ti mismo, que antes no lo hacías?	entendí que mi vida cambio. Me di cuenta que me tengo limitaciones. valorar que mi problema es menor que muchos más. me he dedicado un espacio a mi persona. sí de varias cosas; de que mi vida dio un giro diferente de mis limitaciones propias, mentales y psicológicas. en tomar decisiones que no quiero que me afecten.
Introyección	
¿Cómo solías darte cuenta de tus emociones y necesidades antes del proceso?	Me daba cuenta ya cuando estaba enojada o desesperada por no poder hacer lo mismo de antes. hablando lo que deseo o no. no me daba cuenta hasta que me sentía molesta o frustrada me ponía triste cuando tenía un problema
¿Cómo te logras dar cuenta de tus propias emociones y necesidades?	porque tengo más paciencia que antes y entendí que mi vida se transformó. pues porque estoy consciente de ellas. por lo que he aprendido de mis compañeros. aprendí a ponerme como prioridad, a escucharme y entender que no todo lo puedo solucionar.

Confluencia

¿De qué maneras solías expresar tus necesidades y emociones, a tu entorno familiar antes del proceso?

no tengo miedo de decir mis emociones

Lo expresaba con enojo o apatía a las cosas. conversando lo que me gusta y lo que no. no lo hacía.

molesta, estresada, ya último tiempo apatía a convivir fuera de casa.

no me daba cuenta porque pensaba en los demás les digo directo lo que me disgusta o lo que necesito. Aprendí a decir "No".

pues igual que anteriormente comunicando lo que me molesta.

en base a lo que aprendí en el grupo.

a pedir ayuda y delegar obligaciones. decir hoy no tengo miedo de decir mis emociones

¿De qué manera expresas tus necesidades y emociones en el presente a tu entorno familiar?

Retroflexión

¿Qué tan importante eran para ti los planes o interés personales que tenías antes del proceso?

Muy importante, trabajar, salir de viaje en pareja. mucho muy importante.

eran importantes para mí solamente.

terminar mi licenciatura.

no recuerdo

¿Qué planes o intereses personales has logrado reconocer a lo largo del proceso?

viajar, conocer lugares ahora con tres personas.

todo los que he pensado es muy comfortable los platicas de los compañeros.

son intereses personales y referentes a mi familia.

Hoy tengo la intención de aprender a tocar un instrumento, seguir con mi proceso personal, autorregularme, reconocermme propiamente, hacer lo que me gusta para mí.

sentirme libre

Deflexión

¿Qué tan importante era para ti tus emociones y necesidades antes del proceso?

poca paciencia.

muchísimo me gusta ser feliz.

eran importantes para mí.

para después.

eran importantes, pero no las demostraba

me ayudó mucho a controlarme en mi persona y mis sentimientos.

es hermoso pertenecer a un grupo, te valoras más.

me ayudo con mi familia.

ponerme como prioridad, reconocer mis emociones y practicar la paciencia.

a sentirme libre y sacar mis inquietudes

¿De qué manera te ayudo este proceso terapéutico a reconocer la importancia de tus emociones y necesidades?

Fijación

¿Cuáles eran las fortalezas que te ayudaban a realizar tu función de cuidador antes del proceso?

amor a mi hijo, para ayudarlo a salir adelante.
la paciencia, el amor etc.
las necesidades de mi familiar.
siempre tener las ganas de ayudar y la disposición, el amor.

¿Qué nuevas fortalezas has reconocido en ti a lo largo del proceso, que te ayudan en la actualidad a realizar tu función de cuidador de mejor manera?

que me gustaba ayudar a la gente, fortaleza cariño.
aprendí a ser fuerte en mis emociones, a tener paciencia, vencer la desesperación.
a tener ánimos fortaleza para seguir adelante.
la disponibilidad que tengo para mí familiar.
algunos defectos que siempre tipifiqué como llorona, también los convertí en fortalezas.
paciencia y que me gusta.

Postergación

¿Cómo solías cuidar de ti de manera física y emocional antes del proceso?

no ponía mucha atención a mi salud.
no siendo negativa, ver todo por el lado amable.
no lo hacía.

¿Cómo cuidas de ti de manera física y emocional en el presente?

me descuide totalmente
hacer cosas que me gustan
hoy tengo que cuidarme más respecto a mi salud para poder cuidar de mi familiar.
escucho música, canto, ejercicio.
me cuido en todo, para poder cuidar a mi familiar.
asisto a terapia psicológica y autoayuda
hago lo que me hace sentir bien y en paz, platicar con mis conocidos y convivir con mis hijos

Comentarios adicionales

Agradezco que se hayan tomado tiempo, para darnos apoyo, me gusto conocer personas nuevas. Estoy agradecida de las personas que hicieron posible este grupo, me gustaría hubiese otro curso, gracias muchas gracias.

Este grupo me ayudó mucho como persona a encontrarme a mí mismo, me sirvió mucho.

Me gustaría que le apoyo grupal siga, es un apoyo donde encontré muchas situaciones similares y a la vez diferentes a la de mi familiar, personalmente me dio una fortaleza para mejorar mi labor y entendimiento.

Me ayudo estar en el grupo a expresar mis emociones y tomar decisiones.

Capítulo IV. Conclusiones y recomendación

En relación al capítulo anterior por medio de la descripción detallada, vista en cada sección del proceso psicoterapéutico y los resultados obtenidos del desarrollo manera global del programa en conjunto a la atención grupal brindada, los resultados presentaron distintas variaciones. La primera comparación observada fueron los resultados de las pruebas de apoyo aplicadas, la primera que fue la escala de carga del cuidador de Zarit, en la cual se realizó una comparación, que nos permitió observar un cambio leve de solo uno de los cuidadores con elevación de su sobrecarga según en test Zarit, con un resultado de leve a intensa, sin otros cambios, como se muestra en la tabla 11 (Alpuche et al., 2008; Montero et al., 2014).

Tabla 11

Tabla comparativa de resultados – escala de carga del cuidador de Zarit (CBI)

Rango de Puntuación	Sobrecarga	Usuarios en el rango inicial	Usuario en rango final
0-46	No presente	2	2
47-55	Leve	1	0
56-110	Intensa	2	3

En la segunda prueba de apoyo gestáltica, el test de psicodiagnóstico Gestalt, se hicieron cambios notorios y variantes, mostrados en la tabla 12, en relación a los resultados iniciales, teniendo tendencias a pasar de lo disfuncional a lo ambivalente, de lo disfuncional a lo funcional, y otros cuantos permaneciendo igual. Podemos destacar en esta comparación, en relación a los cambios significativos de manera positiva a los estilos de contacto de la *confluencia*, siendo referente a la identificación y reconocimiento de un espacio, la *introyección* refiriéndose a la aceptación de su entorno y finalmente la *proyección* en relación al ser reconocido y valorado. Los tres estilos de contacto anterior encontrándose en disfuncionalidad o ambivalencia en su mayoría, y cambiando a libre o funcional, permitiendo ver como intervención se vuelve un espacio de reconocimiento, aceptación e identificación para el cuidador, según el desarrollo dado (Descalzo, 2010). Sin embargo, se destaca aspectos como la *postergación*, *desensibilización*, *retroflexión*, relacionados con la satisfacción, el sentir y lo que se desea, que se movieron en un sentido contrario, pudiéndose dificultar la expresión de las necesidades propias.

Tabla 12

Tabla comparativa de resultados – Test psicodiagnóstico Gestalt (TPG).

	<i>Libre</i>		<i>Funcional</i>		<i>Ambivalencia</i>		<i>Disfuncional</i>		<i>Bloqueo</i>	
	<i>pre</i>	<i>post</i>	<i>pre</i>	<i>post</i>	<i>pre</i>	<i>post</i>	<i>pre</i>	<i>post</i>	<i>pre</i>	<i>post</i>
<i>Postergación</i>		1	3	1	1	2	1	1		
<i>Desensibilización</i>	3	3	1	2	1					
<i>Proyección</i>	2	2		2	1	1	2			
<i>Introyección</i>		1	2	1	1	1	2	2		
<i>Retroflexión</i>	2	1	1	2		1	1	1	1	
<i>Deflexión</i>	1	1	1		1	3	2	1		
<i>Confluencia</i>		3	3	1	2	1				
<i>Fijación</i>				1	4	3	1	1		

Las tablas comparativas nos muestran cosas a favor del trabajo en la sobrecarga emocional de cuidadores de manera positiva en su disminución, como el reconocimiento de aspectos que se cuesta trabajar. A pesar de los resultados de pruebas de apoyo, la importancia del trabajo destaca en lo observacional y descriptivo, donde en secciones anteriores y por encuestas realizadas en relación, reflexiones y actividades en el proceso terapéutico, nos dicen de un cambio notorio en los cuidadores en la atención a sus necesidades.

En las distintas descripciones y observaciones del proceso, se desarrollaron cambios observacionales, desde el aspecto del cuidado físico, hasta la facilidad de la expresión verbal en relación a sus pensamientos, sentimientos y emociones, lo cual va relacionado directamente a la sobrecarga emocional del cuidador y aspecto principal que se enfocó a tratar en estos, durante el transcurso de la intervención, como se muestra en la tabla 13.

Tabla 13

Desarrollo de Estilos de contacto durante la intervención y sus cambios.

Estilo de contacto	Durante	Cambios
<i>Postergación</i>	Sobre exigencia, suposiciones de no merecer bienestar, rechazar nuevas experiencias.	Realizar actividades de la mejor manera posible, buscar lo mejor de cada experiencia.
<i>Desensibilización</i>	Partes del cuerpo rigidez, falta de consciencia del entorno.	Autoapoyo, vivir experiencias placenteras (viajar).
<i>Proyección</i>	Desconfiar del otro, estado de alerta, conocer más las características del entorno que las propias.	Cambios y descubrimientos, creatividad con el entorno, ajustar y corregir.
<i>Introyección</i>	Creencias limitantes, victimismo, desconfianza del entorno, obediencia.	Interacciones sociales, confiar en otros, interés de aprender y vivir experiencias.
<i>Retroflexión</i>	Falta de espontaneidad, culpa, vergüenza, estrés, temor agredir al entorno.	Autocuidado, generar ideas y planes, introspección.
<i>Deflexión</i>	Autodiagnóstico, no mirar a los ojos, rodeos verbales, no recibir directamente.	Resolución, evitar riesgos innecesarios, disminuir la intensidad de las situaciones.
<i>Confluencia</i>	Dependencia, hostilidad, vergüenza, timidez, atender las necesidades del entorno y no las propias.	Compañerismo, socializar, aprendizaje por empatía, relaciones interpersonales.
<i>Fijación</i>	Victimización, insomnio, estancamiento en situaciones pasadas, culpa.	Recordar resolver, desarrollo de confianza en sí mismo.

Nota. Elaboración propia. Tomado de “Seminario de Intervención Humanista”, por Lozano Martínez, J. R. (2022). Basado y adaptado en: Salama, 2002a; Salama, 2002b; Spagnuolo, 2011; Perls, 2003; Perls et al., 1976; Polster y Polster, 1991; Kepner 2000; Zinker 1997;

La desinformación y normalización son aspectos a destacar, los cuales pudieron influir en la permanencia de sintomatología de sobrecarga emocional en los cuidadores, ya que ante permanecer de manera prolongada con la sintomatología dentro de su función en el cuidar, el cuidador vivió de manera constante falta de atención a sus necesidades, desplazando estas a segundo término, visualizándose como la única figura que pudiera realizar de su función sin una red de apoyo, normalizando la sobrecarga. Dicha sintomatología normalizada, debido a la desinformación de la aparición de la sintomatología y consecuencias, así como la razón de su surgimiento. Lo anterior expuesto en la sesión de valoración inicial, donde el cuidador inicia la identificación de la sobrecarga emocional a través de sus compañeros.

Las conclusiones desde un punto de vista como investigadores, de esta intervención fue favorable, para la descripción de la sobrecarga emocional y el acompañamiento, así como los cambios observables y verbalizados en los cuidadores acerca de su sentir en el proceso, destacando que cada uno de ellos, en la encuesta de cierre localiza las áreas a trabajar en el presente y como su función ha cambiado sus vidas, dando un valor tangible a los cualitativo, destacando que el progreso del paciente en relación a los recursos creados, a su tiempo y desde las herramientas emocionales elegidas para su autoapoyo, son una de las razones principales, para la sugerencia de la continuación del trabajo en procesos terapéuticos futuros.

Un punto que se puede destacar en intervenciones futuras, es el poder anexar otras variables en relación a la sobrecarga emocional, ya sea el vínculo familiar con el cuidador, el estrato socioeconómico y enfermedades predefinidas de atención, cerrando el margen de atención para las distintas variables. Al igual que la recomendación de replicar la intervención en distintas poblaciones de cuidadores, donde se pueda realizar una comparativa de los ejercicios aplicados y su funcionalidad, así como el valor del acompañamiento dado a estos.

Como reflexión final, acorde a lo intervenido y explorado durante desarrollo de este trabajo, que da la necesidad de la creación de políticas públicas, para atención a esta población en su autocuidado emocional, ya que es necesario ante el incremento de los cuidadores primarios informales alrededor del mundo, siento el primer frente prevención, para realizar acciones al respecto, no solo desde psicoterapia humanista o Gestalt , si no también desde otros frentes de atención que relaciona a la salud pública.

Referencias

- Acevedo, A. y López, A. (1998). *El proceso de la entrevista. Conceptos y modelos*. Editorial Limusa.
- Aedo, E. R. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Revista Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*. 12(2) pp.135-186. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545458006>
- Alpuche Ramírez, V. J., Ramos del Rio, B., Rojas Russell, M. E. y Figueroa López, C. G. (2008). Validez de la entrevista de carga Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud* 18(2) pp. 237-245. [Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales | Psicología y Salud \(uv.mx\)](#)
- Arias-Gómez, J.; Villasís-Keever, M.A.; Miranda Novales, M.G. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2) pp. 201-206. <https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/181>
- Astudillo, W.A y Mendinueta, C.A (2003). Principios generales de los cuidados paliativos: *Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa*. Sociedad Vasca de cuidados paliativos de España. <https://derechoamorir.org/2003/07/16/guia-de-recursos-sanitarios-y-sociales-en-la-fase-final-de-la-vida-en-gipuzkoa/>
- Atieza, M. (1987). *Estrategias en psicoterapia gestáltica. Psicoterapia de grupos, psicoterapia de parejas, dinámicas gestáltica*. Ediciones Nueva Visión.
- ATLAS.ti (2023). ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH.
- Avalos, R. (2015). *Relaciones interpersonales Humanizadas*. <https://es.scribd.com/document/292006358/Relaciones-Interpersonales-Humanizadas>
- Banco Mundial BIRF + AIF. (2016). *Bando Mundial de Datos: Comunidad de trabajadores de la salud*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.CMHW.P3?end=2016&start=2005&view=chart>

- Banco Mundial BIRF + AIF. (2019). *Bando Mundial de Datos: Enfermeras y parteras*.
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.NUMW.P3?end=2019&start=2017>
<http://wdi.worldbank.org/table/2.12>
- Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *MISCELÁNEA COMILLAS* 70(136). <https://jesuitas.lat/uploads/las-actitudes-basica-rogerianas-en-entrevista-de-relacion-de-ayuda/TOMEU%20BARCEL%20-%2020012%20-%20ACTITUDES%20BSICAS%20ROGERIANAS%20EN%20LA%20ENTREVISTA%20DE%20RELACIN%20DE%20AYUDA.pdf>
- Bisquerra, R. (2006). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Praxis.
- Bravo Paniagua, T. y Valenzuela González, S. (2019). *Desarrollo de instrumentos de evaluación: cuestionario*. Centro de Medición MIDE UC, Instituto Nacional para Evaluación de Educación INEE. <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/08/P2A355.pdf>
- Buendía Eisman, L., Colas Bravo, P., Hernández Pina, F. (1998). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. McGraw- Hill
- Burga, R. (1981). Terapia gestáltica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, pp.85-96.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80513106>
- Castanedo, C. y Munguía, G. (2012). *Diagnóstico, intervención e Investigación en psicología humanista*. Editorial. CCS.
- Castanedo, C. (1997). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora*. Editorial Herder.
- Centro de Documentación (CEDOC). Instituto nacional de las Mujeres (INMUJERES) (2012). *Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social ELCOS 2012, PROYECTO INMUJERES-INEGI / “La economía del cuidado y el trabajo no remunerado en el centro de las políticas públicas y las evidencias empíricas para sustentarlas” Teresa Jacome del Moral* [Archivo PDF].
<http://cedoc.inmujeres.gob.mx/Seminarios/utiempo/2012/TeresaJacome.pdf>

- Centro de Documentación (CEDOC). Instituto nacional de las Mujeres (INMUJERES) (2013). *El trabajo de cuidados ¿responsabilidad compartida?* [Archivo PDF]. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101231.pdf
- Cordua, C. (2013). El Humanismo. *Revista Chilena de Literatura*, 84, pp.9-17. <https://www.redalyc.org/pdf/3602/360233425002.pdf>
- De Valle-Alonso, M.J., Hernández-López I.E., Zúñiga-Vargas M.L. y Martínez-Aguilera P. (30 de noviembre de 2014). *Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales*. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n1/v12n1a4.pdf>
- Delicado, M.V., García, M.A., López, B. y Martínez P. (2016). *Cuidadoras Informales*. <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil>
- Descalzo, M. (2010). *Material de consulta del taller: El test de psicodiagnóstico Gestalt. Curso de formación de terapeutas Gestalt*. Instituto de terapia Gestalt. <https://es.scribd.com/document/536821291/Test-Psicodiagnostico-Gestalt-TPG>
- Diario Oficial de la Federación (2012) *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
- Escardo, V. (2020) *Síndrome de burnout: cuidado de cuidadores: dispositivos grupales y técnicas de intervención*. Centro de publicaciones Educativas y Materiales Didácticos. Libro. <https://es.scribd.com/doc/455257101/Cuidado-de-cuidadores-Sindrome-de-burnout-Dispositivos-grupales-y-tecnicas-de-intervencion>
- Fernández-Abascal, E.G., García Rodríguez, B., Jiménez Sánchez, M.P., Martín Díaz, M.D y Domínguez Sánchez, F.J. (2013). *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Frew, J. (1988). The practice of Gestalt Therapy in groups. *The gestalt journal*, 9 (1) , pp. 77-96.
- Friese, S. (2012): *Qualitative data analysis with ATLAS.ti*. London: Sage.
- Fogarty, M., Bhar, S., Theiler, S., & O'Shea, L. (2016). What do Gestalt therapists do in the clinic? The expert consensus. *British Gestalt Journal*, 25(1), pp.32-41.

<https://www.researchgate.net/publication/319004912> What do Gestalt therapists do in the clinic The expert consensus

Fogarty, M., Bhar, S., Theiler, S., & O'Shea, L. (2020). Development and validation of the Gestalt Therapy Fidelity Scale. *National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information*. 30 (4) pp. 495-509. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30712478/>

Gabriel, I.O. y Mayers, P.M. (2018) Effects of a psychosocial intervention on the quality of life of primary caregivers of women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 38, pp.85-91. [https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(18\)30157-1/fulltext](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(18)30157-1/fulltext)

García– Fernández, M. y Giménez-Mas, S. I. (2010). La Inteligencia Emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Revista Digital del Centro del Profesorado Cuevas-Olula (Almería)*. 3(6), pp.43- 52. [file:///C:/Users/Karina/Downloads/Dialnet-LaInteligenciaEmocionalYSusPrincipalesModelos-3736408%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Karina/Downloads/Dialnet-LaInteligenciaEmocionalYSusPrincipalesModelos-3736408%20(1).pdf)

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Conde*. 31 (2),pág.169-173. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864020300195?token=C4E605EC5C2E03F257C58C221BE642C537F3E50A527A42637C567FFF58071B2ACBA7F2C44D210C4E87DF62CB8062B4B7&originRegion=us-east-1&originCreation=20220508230228>

Goleman, D. (1998). *La Práctica de la inteligencia emocional*. Editorial Kairós.

Gómez Barrera, J.M., y Ruiz Martínez, A. O. (2014) *Programa de intervención psicológica para cuidadores primarios de enfermos crónicos en la comunidad de Apaxco, Edo. México* [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de México Centro Universitario UAEM]. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/21850>

González Castro, U. & Reyes Luna, A.G. (2012). Algunos Aspectos del Proceso que viven los cuidadores primarios de un enfermo crónico degenerativo. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(2). <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/32371>

- Guerrero-Nava, J.A., Romero-Quechol, G., Martínez-Olivares, M., Martínez -Martínez, R.A. y Rosas-Reyes, S. (2016). Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 24 (2), pp. 91-8.
<https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadelInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2016/vol24/no2/3.pdf>
- Hernández Samperi, R; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Editorial Mc Graw Hill Education.
- Hernández-Vargas, C. I., Dickinson-Bannack, M. E. (2014). Importancia de la Inteligencia emocional en Medicina. *Revista Investigación en Educación Médica*. 3(11) pp. 155-160
<https://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v3n11/v3n11a6.pdf>
- Hijuelos, N.A., Ortiz, A., Bolaños, C., Tun Colonia, J.A., Salgado, H., Arcila, R.R. y Pérez, E.A. (2018, enero-junio). Desempeño ocupacional y satisfacción de los cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud (RICS)*, 7(13).
<https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/58>
- Huber, G.L. (2021). *AQUAD El Programa para el Análisis de Datos Cualitativos*.
http://www.aquad.de/C_AQUAD8.html
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2012). *Resultado de Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS)*. <https://www.inegi.org.mx/programas/elcos/2012/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). *Estadística a propósito del día de las y los cuidadores de personas dependientes*.
http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/usieg/comunicados/25ene19/economia/9_cuidadoresdepersonasdependientes_230118-9.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2020). *Cuenta Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares, 2019*.
<https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6159>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2021). *Cuenta Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares, 2020*.
<https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6988>
- Islas, N.L., Ramos, B., Aguilar, M.G. y García, M.L. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermería de la República Mexicana*. 19 (4) pp. 26-271.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a6.pdf>
- Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (2017). *Cursos de Apoyo Para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas*. Gobierno de México / Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado.
<https://www.gob.mx/issste/acciones-y-programas/curso-de-apoyo-para-cuidadores-informales-de-personas-envejecidas>
- Kepner, J. I. (2000). *Proceso Corporal. Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. Editorial Manual moderno.
- Lara Jara (2015). *Indicadores Sociodemográficos*. Observatorio económico social UNR.
<https://observatorio.unr.edu.ar/indicadores-sociodemograficos/>
- Li-Quiroga, M.L., Alipazaga-Pérez, P., Osana, J., y León-Jiménez, F. (2015). Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque- Perú. *Revista de Neuro- Psiquiatría*, 78(4), pp. 232-239.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v78n4/a06v78n4.pdf>
- López Marín, A. (2020). *Conceptos esenciales en psicoterapia Gestalt* [Archivo PDF].
<https://gestaltnet.net/sites/default/files/articulos/conceptosesencialesenpsicoterapiagestalt.pdf>
- López, J. y Crespo, M. (2007) *Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión*. *Revista Psicothema*, 19 (1), pp.72-80.
<https://www.psicothema.com/pdf/3330.pdf>
- López-Ortega, M. y Aranco, N. (2019, agosto). *Banco Interamericano de Desarrollo / División de Protección Social y Salud. Envejecimiento y Atención a la dependencia en México*.

https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_M%C3%A9xico_es.pdf

- Lozano Martínez, J.R., Castro Valles, A., Vidaña Gaytán, M.E., González Valles, M.E. (2018). Indicadores de fiabilidad de la Escala de Habilidades Psicoterapéuticas Humanistas ehph en psicoterapeutas de Ciudad Juárez. *Psicología Iberoamericana*, 26(2), pp.54-67 <https://www.redalyc.org/journal/1339/133959841007/html/>
- Lozano Martínez, J.R. (2022). *Seminario de Intervención Humanista*. Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Maicon, C., De los Fayos Ruiz, G. y Enrique. J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 23(1), pp.169-180. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16713758020>
- Marín, A. L. (2020). *Conceptos esenciales en psicoterapia Gestalt* [Archivo PD]. Espacio ECP Núcleo de Estudios y Formación en Psicología Humanista. <https://gestaltnet.net/sites/default/files/articulos/conceptosesencialesenpsicoterapiagestalt.pdf>
- Martínez Badillo, D.C. (2017). *Intervención Psicoeducativa para entender la sobrecarga y otros factores emocionales en cuidadores primarios de adultos mayores con demencia* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo]. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/2612>
- Martorell, J. y Prieto, J. (2002). *Fundamentos de Psicología*. Editorial Universitaria Ramón Areces UNED.
- Marrodan, C. (2009). *Síndrome del cuidador quemado* [Archivo PDF]. https://www.academia.edu/8956708/S%C3%8DNDROME_DEL_CUIDADOR_QUEMADO
- Maslow, A. H. (2007). *El Hombre Autorrealizado. Hacia una psicología del ser*. Editorial Kairós.
- Miralles, L. y Carrera, R. (consultado el 2 de octubre del 2021) *El inicio de las relaciones interpersonales*. <https://orientacionpsicologica.es/el-inicio-de-las-relaciones-interpersonales/>

- Montero Pardo, X., Jurado Cárdenas, S., Valencia Cruz, A. Méndez Venegas, J, Mora Magaña, I. (2014). Escala de carga del cuidador Zarit: Evidencia de Validez en México. *Psicooncología*. 11(1) pp. 71-85.
- Moreno, J.L. (1987). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Fondo de Cultura Económica.
- Muñoz Polit, M.E. (2012). *Una Hipótesis Sobre la Emoción*. INIDH Instituto Nacional de Investigación en Desarrollo Humano.
- Muñoz Leiva, F. y Montoro Ríos, F (2005). *La medición de la fiabilidad Interjuez en la codificación de preguntas abiertas: una propuesta mitológica*. Depósito de investigación, Universidad de Sevilla. <https://idus.us.es/handle/11441/80458>
- Muñoz Razo, C. (2011). *Como elaborar y asesorar una investigación de tesis*. Editorial Pearson.
- Naranjo, C. (1999). *Vieja y Novísima Gestalt. Actitud y práctica de un experiencialismo atóxico*. Editorial Cuatro Vientos.
- Nomen Martin, L. (2016). *50 técnicas PSICOterapeuticas*. Editorial Pirámides.
- Organización Internacional del Trabajo OIT (2018). *El Trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para el futuro con trabajo decente (Resumen)*. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_633168/lang--es/index.htm
- Ortega, M. C. Domenich, C. R., Lecalle I Sistere, M., Marin, S.N., Krauel, A.R., Seijo, E.L. (2016). *Guía de Atención al cuidador*. Laboratorios HARTMANN, S.A. <http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/guia-de-atencion-al-cuidador.pdf>
- Palomé, G., Gallegos, R. M., Xequé, A.S., Juárez, A. y Perea, M.G. (2014). *Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado*. DIGITALCIENCIA@UAQRO. https://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v7-n1/03Articulo.pdf
- Patton, M. Q. (1987). *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*. SAGE Publications, Inc.
- Pérez Jiménez, D., Rodríguez Salva, A., Herrera Travieso, D. M., García Roche, R., Echemendia Tocabens, B., y Chang de la Rosa, M. (2013). Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista*

cubana de higiene y epidemiologia, 51(2), pp.174 – 183.

<https://www.redalyc.org/pdf/2232/223229324006.pdf>

Perlaza Vasquez, N. M. (2017). Las Habilidades emprendedoras y el proyecto de vida. Mapa de sueños, como estrategia para potencializar las habilidades emprendedoras en la estructuración del proyecto de vida en los estudiantes de grado 11* de la Institución Educativa Narciso Cabal Salcedo de Guadalajara de Buga. [Tesis de Maestría, Universidad Del Cauca]. <http://repositorio.unicauca.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/235>

Perls, F. (1974). *Sueños y Existencia, Terapia Gestalt*. Editorial Cuatro vientos.

Perls, F. (1976). *El Enfoque Gestáltico y Testimonios de Terapia*. Editorial Cuatro Vientos.

Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (2003). *Terapia Gestalt. Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Sociedad de Cultura Valle-Inclán. Colección Los Libros del CTP.

Plan Estratégico de Juárez, A.C. (2022). INFORME DE SALUD EN JUAREZ, 2022. Plan Estratégico de Juárez, A.C.

Polster, E. y Polster, M. (1991). *Terapia Gestáltica*. Editorial Amarrortu.

Rangel-Domínguez, N. E. (2017). *Cuidado Paliativos. Manual de apoyo para cuidadores primarios*. <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/10/guia-de-solucion-de-problemas.pdf>

Rivas Herrera, J.C. y Ostinguin Meléndez, R. M. (2011) Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Revista Enfermería Universitaria, ENEO-UNAM*. 8(1), pp. 49-54. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>

Rogers, C. (1992). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica Terapéutica*. Paidós.

Rosado Pulido, E. A., Arroyo Jiménez, C., Sahagún Morales, A., Lara Puente, A., Campos Ugalde, S., Ochoa Palacios, R., & Sánchez Sosa, J. J. (2021). Necesidad de apoyo psicológico y calidad de vida en el cuidador primario de pacientes pediátricos con cáncer. *Psicooncología*, 18(1), pp.137-156. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/74536>

- Ruiz, A.E. y Nava, M.G. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3) pp. 163-169.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
- Sabater, V. (2020). *Sobrecarga emocional: síntomas y afrontamiento*. Portal La mente es maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/sobrecarga-emocional-sintomas/>
- Salamá, H. (2002). *Ciclo Gestalt de Salama TPG Manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salamá*. Centro Gestalt de México.
- Salamá, H. (2002). *Psicoterapia Gestalt Proceso y Metodología 3a edición*. Editorial ALFAOMEGA.
- Santacruz, S., Valiente, X. y Lazcano, P. (2013, Julio 10). *Introducción a la Terapia Gestalt*. <https://es.slideshare.net/jcgxs1/terapia-gestalt-24097324>
- Seminario de Educación para la Paz. Asociación Pro- Derechos Humanos (2000). *La alternativa del juego II. Juegos y dinámicas de educación para la paz*. Editorial Los libros de la Catarata.
- Spagnuolo, M. (2011). *El ahora para lo siguiente en psicoterapia. La psicoterapia de la Gestalt contada en la sociedad post-moderna*. Editorial Libros del CTP.
- Sociedad Española de Neurología. (2014). *El cuidador de la persona con enfermedad: necesidades y riesgos*.
http://www.neurodidacta.es/index.php?option=com_guru&view=gurutasks&catid=4&module=18-el-cuidador-de-la-persona-con-enfermedad-de-alzheimer-necesidades-y-riesgos-prevencion-de-riesgos-cuidar-al-cuidador&cid=90-tareas-del-cuidador-principal&tmpl=component&
- Sociedad Mexicana de Psicología (2012). *Código Ético Del Psicólogo*. Editorial Trillas.
- Taragano, F. (1974). *Teoría de la Gestalt, Psicoanálisis Gestáltico*. Paidós.
- Thomen Bastardad, M. (2019) *Síndrome del cuidador; que es, síntomas, fases y tratamiento*.
<https://www.psicologia-online.com/sindrome-del-cuidador-que-es-sintomas-fases-y-tratamiento-4604.html>

- Treanor, C. J., Santin, O., Prue, G. , Coleman, H., Cardwell, C. R., O'Halloran y P., Donnelly, M. (2019). *Psychosocial interventions for informal caregivers of people living with cancer*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009912.pub2/full>
- Trujillo Ornelas, K.M. (2018). *Programa para disminuir el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor*. Universidad Autónoma del Estado de México. <https://core.ac.uk/display/188014449>
- Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ) (s.f). COMITÉ DE ETICA EN LA INVESTIGACION. UACJ. Recuperado el 18 de julio del 2024 de <https://www.uacj.mx/Investigacion/CEI.html>
- Vázquez, F.L., Otero, P., López, M., Blanco, V. y Torres, A. (2010) Un Programa Breve Basado en la Solución de Problemas para la Prevención de la Depresión en Cuidadores Informales de Pacientes con Demencia: Un Estudio Piloto. *Revista Clínica y Salud*. 21 (1), pp. 59-79. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n1/v21n1a06.pdf>
- Villegas, M. (1986). *La Psicología Humanista: Historia, Concepto y Método* [Archivo PDF]. <file:///C:/Users/Karina/Downloads/64549-Text%20de%20l'article-88770-1-10-20071020.pdf>
- Washington. K.L., Demeris, G., Parker Oliver, D., Albright, D.L., Craig, K.W. y Tatum, P. (2018). *Delivering problem-solving therapy to family caregivers of people with cancer: A feasibility study in outpatient palliative care*. *Psycho-Oncology*. 27 (10), pp. 2494-2499. <https://doi.org/10.1002/pon.4859>
- Waterman, J.A. y Rogers, J. (2004). *Introduction to the FIRO-B Instrument*. Consulting Psychologists Press.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Editorial Herder.
- World Health Organization (WHO) (2004). *Prevention and treatment of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report*. Ginebra: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43027/924159215X_eng.pdf

Yontef, G. (1995). *Proceso y Diálogo en Psicoterapia Gestáltica*. Editorial Cuatro Vientos.

Zinker, J. (2003) *El proceso creativo en la terapia Gestáltica*. Editorial Paidós.

Zinker, J. C. (2005). *En busca de la Buena Forma*. Editorial Instituto Humanista de Sinaloa, A.C.
(HIS).

Anexo

Anexo A. Carta de aceptación de intervención psicoterapéutica por medio de la institución



Cd. Juárez, 22 de Julio de 2022

Dra. Nancy Alejandra Amador Esparza

Coordinadora de la Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz

Presente

Fundación Juárez Integra con más de 20 años de experiencia y atención a la comunidad mediante nuestra misión; Contribuir en la transformación de la vida de las personas con discapacidad, su familia y el entorno, como institución consideramos importante recibir la propuesta de la Lic. Karina Lizbeth Natividad Ávila estudiante de la maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, referente al proyecto "Cuidados primarios informales y sobre carga emocional: una intervención psicoterapéutica mediante el trabajo de los estilos de contacto".

Creemos que su proyecto suma a nuestra misión y beneficiará a más personas con discapacidad y sus familias o cercanos, como bien dice el proyecto, cuidadores. Estamos seguros de que será un ejercicio importante y estamos abiertos a sumar en las necesidades del mismo.

Por otro lado, informamos que el proyecto comenzará en el mes de agosto 2022, bajo el acompañamiento de la directora Yessenia García, ygarcia@integra.org.mx.

Se extiende la presente para los fines que al interesado convengan, quedando a sus órdenes para cualquier comentario o aclaración.
Sin más por el momento, quedo de usted.

Yessenia García R.

Lic. Carmen Yessenia García Rodríguez

Directora de Fundación Juárez Integra A. C.



Fundación Juárez Integra, A.C.

R.F.C. FJ1020227DL2

Priv. Pascual Ortiz Rubio N° 1410
Partido Senecú • Tels. 656 624-8735
Cd. Juárez, Chih. • C.P. 32459



Priv. Pascual Ortiz Rubio 1410 • Partido Senecú C.P. 32459 • Cd. Juárez, Chih. Mex.
tel: (656) 624-8735 / 37 • integra@integra.org.mx • www.integra.org.mx

Registro del Instituto Chihuahuense para la Transparencia y Acceso a la Información Pública: #ICHITAIP/X-49-C.T./2008

Anexo B. Plan de Intervención detallado

Sesión: Valoración Diagnóstica Inicial

Duración: 120 minutos

Material: Computadora, presentación Power Point, proyector, impresión de pruebas Zarit escala de Sobrecarga/Test psicodiagnóstico Gestalt (TPG), Consentimiento informado, sillas y aula.

Descripción de la sesión:

Durante la evaluación diagnóstica inicial, se presentó el programa intervención por medio de un espacio psicoeducativo, donde a través de una presentación audio visual la cual se impartió con el tema “la sobrecarga emocional y cuidadores”, con esto se pretendió crear un espacio informativo para el grupo de una manera general, haciendo de su conocimiento la temática del programa.

Al término de la presentación, se informo acerca de lo que se abordaría el espacio durante las próximas sesiones y la forma de trabajo, se entregó a cada uno de los miembros presentes, un consentimiento informado, al cual se dio lectura en conjunto con el grupo, en el compromiso de lo que se pretende realizar y su finalidad, posteriormente se firmaron en acuerdo con su participación en el programa.

El encuentro permitió realizar una valoración previa al desarrollo del programa, acerca de la sobrecarga emocional y los estilos de contacto, a través de la Escala de sobrecarga del cuidador Zarit y la aplicación del Test de psicodiagnóstico Gestalt (TPG) de Salamá (Descalzo, 2010; Montero et al, 2014; Alpuche et al., 2008)., el cual dio noción del trabajo a realizar en relación al grupo.

Sesión: 1 “conocerse”

Tiempo: 120 minutos

Material: computadora, sillas, aula, hoja de rotafolio y marcadores.

Descripción de la sesión:

Se dio la bienvenida por medio de una presentación del terapeuta y recordando la finalidad del espacio a aquellos que decidieron formar parte de este. En una primera sesión, previa a entrar al trabajo terapéutico de fondo y la presentación de los miembros, se dio inicio invitándoles a que establecieran reglas de convivencia en el grupo.

Como primer paso el terapeuta estableció las reglas básicas de convivencia para un ambiente respetuoso, solicitando a los integrantes del grupo pudieran dar su libre opinión de alguna regla de convivencia que pensaran era necesaria en el espacio, para un ambiente de armonía grupal. Cada una de las reglas de convivencia se anotaron en un rotafolio, el cual durante cada sesión permaneció en el aula, recordando el respeto dentro del espacio psicoterapéutico.

“Caldeamiento” (Atienza, 1987) llamándolo, así como un primer contacto con grupo y sus miembros en la primera actividad, presentándose como la forma en la que se preparó al grupo para el compromiso en conjunto que se presentó en el trabajo terapéutico que se realizó.

Posterior a las reglas de convivencia establecidas, las actividades de conocimientos de la sesión dieron inicio con una dinámica simple de conocimientos de los otros miembros, en el que se pudo hablar de cosas simples de lo que le agradaba y desagradaba a cada persona. La técnica permitió que el grupo entrara en un proceso de compromiso con lo suyo y conocimiento de lo de otros, enlazando su tema como “cuidadores” con otros miembros, permitiéndose formar una figura grupal en sesión.

Tomando como base la experimentación de la terapia Gestalt, se adaptó la técnica “Aposentos” (Seminario de Educación para la Paz, 2000), la cual se encuentra en el libro *La alternativa del juego II. Juegos y dinámicas de educación para la paz*, se buscó que el terapeuta y el grupo se conocieran. La actividad de base es una autopresentación de cada sujeto del grupo. Se solicitó al grupo sentarse en un círculo y en algún sitio de este se colocó una silla vacía. Inicia la presentación quien se encontrará a la izquierda de la silla libre, la primera persona dijo “soy(nombre)” y algún dato personal de ella, posteriormente esta eligió a otra persona del grupo diciendo “quiero que el aposento lo ocupe (apunto a la persona que selecciono)”, solicitando que agregue algo que quiso saber de la otra persona (edad, color favorito, si tiene mascotas, etc.) por lo que la persona tuvo que contestar con su nombre y lo que le solicitó la otra persona, para posteriormente moverse a asiento a donde se encuentre una silla vacía, continuando desde su

nuevo espacio el ejercicio eligiendo a otra persona. El ejercicio permitió estar alerta y mantener en movimiento al grupo requiriendo atención ante el movimiento constante del espacio, para así fueran conociendo nombres y caras de los miembros. Se realizó una ronda, y algunos miembros se permitieron contar alguna historia de su vida como cuidador de una manera corta. Se retroalimentó y se encaminó al cierre de la sesión.

Finalmente se preguntó de la experiencia vivida en sesión, ¿Cómo se van y se sienten?, como parte de una reflexión de cierre.

Sesión: 2 “confluencia”

Tiempo: 120 minutos

Material: computadora, sillas y aula.

Descripción de la sesión:

Iniciando la sesión, se dio la bienvenida a los miembros del grupo, generando conversación de su día y semana, también recordando las reglas de una sana convivencia y respeto a otro en el espacio. Cuando el grupo se encontró completo e integrado se pidió se acercará al centro del aula y formaran un círculo con las sillas, para iniciar actividades.

Para dar un espacio a los miembros del grupo a que hablen de su experiencia como cuidadores, se tomó de base la experimentación de la terapia Gestalt, adaptando la técnica “alrededor del mundo”, el cual consistió en una integración de fuerzas en el ámbito grupal, validando su experiencia y sus vivencias, con la intención de encaminarlo a la pertenencia y cohesión de grupo, atendiendo la intencionalidad del estilo de contacto de la confluencia (pertenencia).

La técnica gestáltica “alrededor del mundo” (Zinker,2003), invito a que cada uno de los miembros contaran su experiencia a otro cuidador, validando su vivencia y experiencias, como un tema de importancia de su vida personal. Recordando que las experiencias en grupo y el compartir similitudes de un conflicto permite al grupo la creación de un ambiente de pertenencia y aceptación (Moreno, 1987).

Trabajaron en pares, en tiempo de 10 min por cada uno de los miembros, donde le contarían al otro lo que lo trajo al espacio de “cuidadores”, para posteriormente el compañero del otro contara

lo que conoció de su pareja, donde se permitió la validación y escucha. Algunas parejas expresaron admiración por el trabajo que realiza el otro, lo que impulso a otros miembros a opinar.

Finalmente se preguntó de la experiencia vivida en sesión, ¿Cómo se van y se sienten?, como parte de una reflexión de cierre.

Sesión: 3 “Proyección”

Tiempo: 120 minutos

Material: computadora, sillas y aula.

Descripción de la sesión:

Iniciando la sesión, se dio la bienvenida a los miembros del grupo, generando conversación de su día y semana, también recordando las reglas de una sana convivencia y respeto a otro en el espacio. Cuando el grupo se encontró completo e integrado, se pidió se acercará al centro del aula y formaran un círculo con las sillas para iniciar actividades.

La proyección en su intencionalidad lleva a un proceso de reconocimiento de uno mismo, que puede ser representado en el cuerpo por medio de la desensibilización de este y sus dolores, por lo que ejercicio de esta sesión, guío los miembros del grupo a poder sentir, reconocer sus malestares y vivencias corporales.

Tomando como base la experimentación de la terapia Gestalt la técnica gestáltica integrada a lo grupal “Trabajo con el proceso corporal en relación con la proyección” (Kepner, 2000), se aplicó por medio de un trabajo guiado de manera verbal de parte del terapeuta, dando instrucciones al grupo de irse haciendo consciente de las sensaciones corporales, reconocer desde cuánto tiempo lleva en ese sitio el malestar y que recuerdos le trae; atendiendo así esa molestia en el espacio terapéutico, etc. la técnica llevo a el reconocimiento de su cuerpo y el mismo, e incluso encamino a un proceso de sensibilización en su persona.

Al final del ejercicio se abordaron las experiencias vividas durante este y lo que trajo en el pensamiento. De manera voluntaria los miembros que así lo quisieron compartieron lo vivido.

Finalmente se preguntará de la experiencia vivida en sesión, ¿Cómo se van y se sienten?, como parte de una reflexión de cierre.

Sesión: 4 “Postergación”

Tiempo: 120 minutos

Material: computadora, sillas, aula, bocina, computadora.

Descripción de la sesión:

Iniciando la sesión, se dio la bienvenida a los miembros del grupo, generando conversación de su día y semana, también recordando las reglas de una sana convivencia y respeto a otro en el espacio. Cuando el grupo se encontró completo e integrado se pidió se acercarán al centro del aula y formarán un círculo con las sillas para iniciar actividades.

En la postergación parte de la intencionalidad de este estilo de contacto es la relajación, por lo que las técnicas gestálticas que guían al contacto pleno y a experimentar son adecuadas para su abordaje (Naranjo, 1999).

A través de lo visto en otras sesiones se realizó una adaptación en el formato de la técnica utilizando las técnicas Gestálticas y la experimentación desde la Gestalt. En esta ocasión adaptando la expresión de su sentir a través de una masilla/ plastilina y no por medio de palabras, orientando al trabajo de expresión y calma en el espacio.

En el inicio de la actividad como terapeuta se preguntó ¿Cómo estas o como te sientes hoy?, ¿existe algo en tu mente que se presenta en este momento?, sin embargo, se invitó a que no lo expresaran de manera verbal, si no a través de una masilla de su elección que se encontraba en la mesa. Se dieron de 10 a 15 minutos para que pudieran elaborar la figura que expresara lo preguntado.

Al término de la elaboración de la figura, se invitó a los miembros a expresar lo que sintieran en relación a esta y expresado a través de la figura. Algunos contaron su sentir del día, otros una preocupación y algunos una historia. Se dio el espacio de atender como terapeuta y en grupo, la necesidad de lo expresado, dando esto un espacio de relajación al poder expresar, su sentir.

Finalmente se preguntó de la experiencia vivida en sesión, ¿Cómo se van y se sienten?, como parte de una reflexión de cierre.

Sesión: 5 “Deflexión”

Tiempo: 120 minutos

Material: Computadora, sillas, aula, bocina, vela o luz.

Descripción de la sesión:

Iniciando la sesión, se dio la bienvenida a los miembros del grupo, generando conversación de su día y semana, también recordando las reglas de una sana convivencia y respeto a otro en el espacio. Cuando el grupo se encontró completo e integrado se pidió se acercará al centro del aula y formaran un círculo con las sillas para iniciar actividades.

Tomando como base la experimentación de la terapia Gestalt se adaptó a técnica “la vela” (Castanedo, 1997), permite tomar consciencia del presente y lo que se ve a futuro, por lo que llevo a los miembros a la atención en, aclarar lo que desean y lo que no, atendiendo la intencionalidad de la Deflexión.

Se les pidió a los miembros del grupo estar en un círculo en silencio con una pequeña luz (vela o representación de esta), dejando el espacio a escurar, acompañada de una música relajante y pidiendo visualizaran la luz (vela), tomándola con una mano y repitiendo: “yo soy esta luz, yo soy una luz. Siento que mi vida se está quemando y consumiendo como esta luz, siendo que he vivido hasta ahora sin dar mucha luz a mi vida, que tengo varias cosas que decidir cómo son...” (dependiendo el objeto que se utilice cambia la oración), entonces cada uno posteriormente tomo en sus pensamientos una decisión personal su vida (Castanedo, 1997). Por último, se pide pasen todos al centro, juntando las velas y se les invito desde el pensamiento, puedan expresar su deseo para otros y para ellos.

Al término del ejercicio y aun con la luz apagada y la vela en la mano, se da un espacio de silencio para después invitar a los miembros pudieran externar en el grupo lo sucedido de manera individual y grupal.

Finalmente se preguntó de la experiencia vivida en sesión, ¿Cómo se van y se sienten?, como parte de una reflexión de cierre.

Sesión: 6 “Desensibilización”

Tiempo: 120 minutos

Material: computadora, sillas, mesas, aula, bocina, productos de higiene personal, comida, hojas de máquina, colores, marcadores

Descripción de la sesión:

Iniciando la sesión, se dio la bienvenida a los miembros del grupo, generando conversación de su día y semana, también recordando las reglas de una sana convivencia y respeto a otro en el espacio. Cuando el grupo se encontró completo e integrado se pidió se acercará al centro del aula y formaran un círculo con las sillas para iniciar actividades.

La finalidad de la actividad era encaminar a la intencionalidad de la desensibilización, llevando al placer y el gozo, a través de experiencias sensitivas y de afecto.

Tomando como base la experimentación de la terapia Gestalt y las técnicas Gestálticas, en esta ocasión, se creó una actividad en atención a lo presentado en sesiones anteriores, un experimento que se le nombro “cuidado-cuidador”.

Por medio de dicha actividad, se trabajó en pares con los miembros del grupo, donde se colocaron estaciones a lo largo del salón (alimentación, higiene personal, actividades de limpieza, dibujo, escritura) por las cuales deberían pasar los cuidadores con las personas cuidadas. Las instrucciones fueron, en pares una persona tomara el papel de cuidador y la otra de la persona cuidada (se les dieron ciertas características), en un primer turno se pasaría por cada estación, sin embargo, el cuidador solo debería ayudar en lo esencial y permitir a quien cuidara que desde sus recursos pudiera hacer lo máximo posible solo. En un segundo tiempo los roles cambiaron, para que todos vivieran la experiencia de ambos lados. Al término de la actividad se comentó la experiencia, de aquellos que lo desharán compartir.

Finalmente se preguntó de la experiencia vivida en sesión, ¿Cómo se van y se sienten?, como parte de una reflexión de cierre.

Sesión: 7 “Introyección”**Tiempo:** 120 minutos**Material:** computadora, sillas, aula, pizarrón o hoja de rotafolio y marcadores.**Descripción de la sesión:**

Iniciando la sesión, se dio la bienvenida a los miembros del grupo, generando conversación de su día y semana, también recordando las reglas de una sana convivencia y respeto a otro en el espacio. Cuando el grupo se encontró completo e integrado se pidió se acercaran al centro del aula y formaran un círculo con las sillas para iniciar actividades.

En la sesión abordamos la aceptación en atención a la intencionalidad del estilo de contacto de la introyección, tomando como base la experimentación de la terapia Gestalt y las técnicas Gestálticas, adaptando una técnica terapéutica de compromiso y aceptación, la cual permitió al usuario ser flexible y receptivo en la experiencia, y al planteamiento dado a conocer en el aula por medio de los usuarios (Nomen, 2016).

En la actividad de planteo la “*Metáfora de las dos escalas*”, se les dijo a los usuarios que se tienen dos escalas al frente (uso de material didáctico – cartulina, pizarrón, marcadores) las cuales iban del 0 al 10. Se le comentó al grupo que una de la escala es un síntoma en relación al grupo (ansiedad, cansancio, estrés, etc.) aquellos que los carga, mientras que la otra escala se presentó como *disposición*, y esta era capaz de controlar a la otra escala previamente presentada, pero que se le tienen que dar herramientas para que suba de rango (Nomer, 2016).

Por medio de ganchitos, marcadores y papelitos, coloraron la situación que los cargaban de manera de actividades, físicas o de situación en su día a día en la primera escala, pasando de manera voluntaria a colocar y explicar. Colocando su papelito en la escala del 1 al 10 según se sintieran con la situación.

En una segunda escala colocaron que los hacían cambiar la situación de la primera escala, cosas que les relajaban, actividades personales, o deseos por hacer, también coloraron cosas que querían cambiar y estaban dispuestos a trabajar por su salud. También colocándola del 1 al 10 según su disposición por hacerlo o que tanto lo hacían.

El ejercicio tuvo como fin generar alternativas ante los distintos conflictos que puedan enfrentar como cuidadores. El grupo generó alternativas e hicieron visible lo que no se ve o se está evitando.

*se puede realizar la escala en distintas situaciones según el grupo pueda necesitar atender en conjunto.

Finalmente se preguntó de la experiencia vivida en sesión, ¿Cómo se van y se sienten?, como parte de una reflexión de cierre.

Sesión: 8 “Fijación”

Tiempo: 120 minutos

Material: computadora, sillas, mesas, bocina, aula, plumas, hojas de máquina, caja.

Descripción de la sesión:

Iniciando la sesión, se dio la bienvenida a los miembros del grupo, generando conversación de su día y semana, también recordando las reglas de una sana convivencia y respeto a otro en el espacio. Cuando el grupo se encontró completo e integrado se pidió se acercarán al centro del aula y formarán un círculo con las sillas para iniciar actividades.

En la atención al estilo de contacto de retroflexión, donde su intencionalidad a abordar es el autoapoyo, acorde a las bases de la experimentación de la Gestalt junto con las técnicas gestálticas se creó la técnica “carta a un cuidador”.

Se invitó a los miembros del grupo a que escribieran una carta a un nuevo cuidador, contando su historia y los obstáculos o complicaciones que han tenido en el proceso y como han logrado continuar, dándole alguna herramienta o consejo desde su persona para que él/ella pueda cuidar y continuar con su labor a cabo. Posteriormente se invitó a dieran lectura a su carta si lo deseaban y lo pusieran en una caja de cartón que se colocó al centro del espacio, la cual representaba una capsula de tiempo, la cual podía mandar esa carta al tiempo y destino donde se necesitara.

Con la actividad se buscó fomentar que los miembros del grupo se hicieran conscientes del trabajo de autoapoyo que han realizado a ellos mismos y cuáles son las herramientas que han generado con lo vivido que puedan ejercer en el presente.

Finalmente se preguntó de la experiencia vivida en sesión, ¿Cómo se van y se sienten?, como parte de una reflexión de cierre.

Sesión: 9 “Retroflexión”

Tiempo: 120 minutos

Material: computadora, sillas, aula, pluma, hojas de máquina, recipiente.

Descripción de la sesión:

Iniciando la sesión, se dio la bienvenida a los miembros del grupo, generando conversación de su día y semana, también recordando las reglas de una sana convivencia y respeto a otro en el espacio. Cuando el grupo se encontró completo e integrado se pidió se acercarán al centro del aula y formarán un círculo con las sillas para iniciar actividades.

La técnica elegida en esta sesión promueve la expresión, de experiencias y deseos libremente, atendiendo la intencionalidad de contacto de la retroflexión.

En la toma de la base de experimentación de la terapia Gestalt y las técnicas gestálticas, se adaptó la técnica de “Visualización Creativa” (Nomen,2016), la cual dio un espacio de introspección en su presente.

Brindando un espacio de seguridad, a través de música relajante de fondo y una visualización guiada, se llevó al trabajo del diálogo al trabajo del “niño interior”, en escucha de la necesidad de trabajo con la temática, en atención en sesiones anteriores; llevándolos a través de sus deseos y anhelos de la infancia, sin dejar el presente de lado. Desde el presente y visualizando al niño de la infancia, como primer tiempo se realizó un ejercicio de respiración, solicitando cerraran sus ojos desde el sitio donde se encontraban para después, si guiar a través de la voz al recuerdo de la infancia siendo adultos, a ver el crecimiento y herramientas generadas a través del tiempo. La actividad que duro alrededor de 20 min, permitió que los miembros del grupo expresaran su historia de vida, experiencias y los deseos que dejaron de lado y siguen presentes en su “aquí y ahora”, por cumplir.

Finalmente se preguntó de la experiencia vivida en sesión, ¿Cómo se van y se sienten?, como parte de una reflexión de cierre.

Sesión: 10 “Integración”

Tiempo: 120 minutos

Material: computadora, hojas de máquina, hojas de colores, marcadores, tijeras, pegamiento, lápiz, pluma, stickers, revistas, periódico, dibujos impresos, pegamento, colores, sillas, escritorio y aula.

Descripción de la sesión:

Iniciando la sesión, se dio la bienvenida a los miembros del grupo, generando conversación de su día y semana, también recordando las reglas de una sana convivencia y respeto a otro en el espacio. Cuando el grupo se encontró completo e integrado se pidió se acercarán al centro del aula y formarán un círculo con las sillas para iniciar actividades.

En esta sesión se dio “Una integración final” (Zinker, 2003), ante la toma de conciencia de una de lo sucedido en el espacio durante las sesiones, la asimilación de la información y el trabajo realizado, llevando a la toma de conciencia de cada miembro.

En la toma de la base de experimentación de la terapia Gestalt y las técnicas gestálticas, se adaptó la técnica de “Mapa de Sueños” (Perlaza, 2017), la cual consistió en permitir a los miembros representar a través de una hoja sus metas, ideales, cambios y sueños por cumplir iniciando en el presente y al futuro. Brindándoles una paneo actual de su crecimiento, reconociendo lo que son en el presente y las herramientas con las que cuentan ahora. Lo anterior lo realizaron a través de diversos materiales entregados (hojas de máquina, hojas de colores, marcadores, tijeras, pegamiento, lápiz, pluma, stickers, revistas, periódico, dibujos impresos, pegamento, colores), dando instrucciones de una realización libre de este. Al final los miembros presentaron su hoja, y eligiendo una cosa que han empezado hacer o que empezaran hacer para ellos.

Finalmente se preguntó de la experiencia vivida en sesión, ¿Cómo se van y se sienten?, como parte de una reflexión de cierre.

Sesión: Valoración diagnóstica final

Tiempo: 120 minutos

Material: computadora, impresión de pruebas Zarit de -Sobrecarga /Test psicodiagnóstico Gestalt (TPG), Cuestionario de información sociodemográfica, cuestionario de cierre, lápiz, plumas, sillas, mesas y aula.

Descripción de la sesión: durante la valoración diagnóstica final, se presentó a los miembros del grupo una serie de cuestionarios que permitieron la reflexión en relación a la valoración del proceso psicoterapéutico y de las experiencias vividas. Se realizó una recopilación información de manera grupal e individual, a través de instrumentos aplicados en la sesión, que permitieron ver de una manera tangible, a lo sucedido a través de las distintas sesiones, dando una integración.

El encuentro permitió realizar una valoración final para el desarrollo de resultados finales del programa, de inicio con una aplicación del *cuestionario de información sociodemográfica*, el cual permitió la relación de información de las variables. En relación con la sobrecarga emocional del cuidador se aplicó la *Escala de sobrecarga del cuidador Zarit*, y por parte de los estilos de contacto se aplicó del *Test de psicodiagnóstico Gestalt (TPG)* de Salamá, los cuales también fueron aplicados al inicio de la intervención, permitiendo realizar una distinción y aportación al análisis de los resultados, dando una valoración como una herramienta de apoyo, del trabajo realizado en las intencionalidades de cada sesión, en relación a los estilos de contacto. También de aplico un *cuestionario de cierre* de preguntas abiertas en relación a los estilos de contacto, que permitieron dar estructura a los cambios que surgieron durante la intervención a nivel personal.

Finalmente se pregunto acerca de la experiencia vivida durante la intervención, retroalimentación del trabajo en grupo y su sentir o si notaron un cambio en su vida personal.

Se agradeció al grupo haberse permitido participar en la intervención y dando el espacio a que los miembros también expresaran algunas palabras de cierre.

Anexo C. Carta de Consentimiento Informado.

Carta de consentimiento informado

A través de este consentimiento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación/ intervención **“Cuidadores primarios informales y sobrecarga emocional: Una intervención psicoterapéutica Gestalt mediante el trabajo de los estilos de contacto”** que tiene como objetivo Describir los efectos que tiene un trabajo de intervención psicoterapéutico enfocado en los estilos de contacto gestálticos, orientado a la sobrecarga emocional de los cuidadores primarios informales. El proyecto va dirigido a atención de cuidadores primarios informales de personas enfermas o dependientes, los cuales presentan una sobrecarga emocional dentro de su función. La intervención psicoterapéutica a esta población tiene el propósito de atender la sobrecarga emocional por medio de la atención a su salud mental y emocional, a favor de la investigación en la mejora de la atención, a dicha población y la creación de nuevo conocimiento.

Su participación consiste en la asistencia del participante a cada una de las sesiones grupales psicoterapéuticas, el participante deberá ser cuidador primario informal (familiar o persona cercana) de una persona enferma o dependiente, que tenga 6 meses o más en la función de cuidador y que dedique más de 6 horas al cuidado de la persona, sin estudios médicos profesionales.

Todo aquel miembro que requiera retirarse prematuramente del proyecto de intervención deberá dirigirse al psicoterapeuta a cargo de esta para poder generar alternativas a su atención terapéutica, aclaración de alguna situación del proceso o el término de la relación terapéutica (carta explicando los motivos). El proyecto constará de 11 sesiones de 2 horas cada una, de las cuales dos formaran parte de una valoración inicial y final, y nueve de la intervención psicoterapéutica. Si alguno de los participantes durante el proceso requiere apoyo terapéutico individual se le brindará acorde a los tiempo y requerimientos de atención. La intervención será suspendida si se ve en riesgo la integridad del grupo o se presenta algunas circunstancias fuera del control de la institución que brinda el espacio de intervención o el psicoterapeuta a cargo, así como de la institución a la que representa este.

Los riesgos que se pueden derivar del procedimiento es el requerimiento de atención terapéutica individual ante el surgimiento de algún tema emocional o psicológico de la persona, sin embargo, se contará con la atención oportuna ante la situación, brindando el seguimiento terapéutico requerido.

El estudio presenta los siguientes beneficios, atención psicoterapeuta en el apoyo psicológico de las personas que participa en el proyecto, así como la difusión de la atención a la población; los investigadores se comprometen a el cierre de la intervención agradeciendo a cada uno de los participantes del proyecto, brindando información de resultados preliminares de la investigación sin que signifique gasto alguno.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte mi relación con la Fundación Juárez Integra, A.C. y La Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Se me ha garantizado la confidencialidad y privacidad de la documentación, material audiovisual o de cualquier otra índole, quedara resguardado bajo la norma Norma Oficial Mexicana Nom-004-SSA3-2012 publicado en el Diario Oficial de la Federación de protección del expediente clínico y bajo el reglamento del Código ético del psicólogo.

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Con fecha _____ y, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación, acepto participar en el estudio antes mencionado.

Nombre, firma y/o huella digital del/la participante o responsable legal

Nota: En participantes menores de edad, menores de 8 años firma el padre o tutor legal. En edades de 8-17 años, se requiere el asentimiento y firma del/la menor de edad. Sustantivamente la misma información, en un lenguaje acorde a las edades de quienes participarán en la investigación.

NOTA DISPENSA DE CONSENTIMIENTO: En caso de no requerir el consentimiento fundamentar el hecho ya que puede ser un estudio por observación, retrospectivo o sin riesgo.

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que este documento estará disponible para su consulta y deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años (NOM-004-SSA3-2012).

Para preguntas o comentarios comunicarse con la Dra. María de los Ángeles López Nores responsable del Proyecto, al teléfono (656) 642 42 42 y al correo electrónico angeles.lopez@uacj.mx.



Nombre y firma del Investigador principal

Añadir la redacción siguiente.

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Peraza Mercado y/o Dra. María de Jesús Viloría Beltrán, presidente y secretaria del Comité de Ética en la Investigación de la UACJ, a los correos gperaza@uacj.mx y maria.viloria@uacj.mx

Anexo D. Cuestionario de información sociodemográfica (Elaboración propia).

Fecha____, _____, _____

Nombre completo: _____

Nacionalidad: _____ Lugar de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____ Genero: M__F__Otro__

Estado de residencia: _____ Municipio de residencia: _____

Vivienda: Propia __Rentada __ Otro_____

Nivel económico: Bajo __Medio __ Alto__ Otro_____

Estado Civil: Soltero __Casado__ Unión libre ____ Separada __ Divorciado __ Viudo__

Hijos: Si __No__ ¿Cuántos? _____

Nivel Educativo: Primaria __ Secundaria __ Preparatoria __ Estudios Superiores__ (Técnico, Licenciatura, Ingeniería, Maestría, Doctorado) _____

Religión: Catolicismo __ Cristianismo __ Judaísmo __ Budismo __ Taoísmo __
Otra_____Situación laboral: Empleado__ Desempleo__ Autoempleo__ Inversionista__ Pensionado/
Jubilado__ Otros_____

¿Actualmente eres cuidador de una persona enferma o dependiente? Si _____ No_____

¿Qué parentesco te une a la persona que cuidas? Padre__ Madre__ Hijo__ Hija__ Esposo__
Esposa__ Otros_____¿Cuánto tiempo tienes realizando la función de Cuidador? 6 meses a 1 año _____ 1 a 3
años__3 a 5 años __ 5 años o mas_____¿Cuándo tiempo dedicas durante el día a cuidar? 30 min a 1 hora__ 2 a 4 horas__4 a 6
horas__ 7 a 10 horas__ 12 horas o mas_____¿Qué tipo de padecimiento, discapacidad o condición tiene la persona a la que
acompañas/cuidas? _____

¿Qué edad tiene la persona a la que cuidas? _____

Anexo E. Cuestionario de cierre (Elaboración propia).

Nombre:
Desensibilización
¿Cuáles son las herramientas de autoapoyo con las que contabas antes de iniciar el proceso?
¿Crees que el proceso te ha permitido generar nuevas herramientas de autoapoyo? ¿Cuáles?
Proyección
¿A lo largo de este proceso de que te has percatado de ti mismo, que antes no lo hacías?
Introyección
¿Cómo solías darte cuenta de tus emociones y necesidades antes del proceso?
¿Cómo te logras dar cuenta de tus propias emociones y necesidades?
Confluencia
¿De qué maneras solías expresar tus necesidades y emociones, a tu entorno familiar antes del proceso?
¿De qué manera expresas tus necesidades y emociones en el presente a tu entorno familiar?
Retroflexión

¿Qué tan importante eran para ti los planes o interés personales que tenías antes del proceso?
¿Qué planes o intereses personales has logrado reconocer a lo largo del proceso?
Deflexión
¿Qué tan importante era para ti tus emociones y necesidades antes del proceso?
¿De qué manera te ayudo este proceso terapéutico a reconocer la importancia de tus emociones y necesidades?
Fijación
¿Cuáles eran las fortalezas que te ayudaban a realizar tu función de cuidador antes del proceso?
¿Qué nuevas fortalezas has reconocido en ti a lo largo del proceso, que te ayudan en la actualidad a realizar tu función de cuidador de mejor manera?
Postergación
¿Cómo solías cuidar de ti de manera física y emocional antes del proceso?
¿Cómo cuidas de ti de manera física y emocional en el presente?
Comentarios:

Anexo F. Formato de preguntas de apoyo en la observación (Elaboración propia).**Preguntas de apoyo en la observación**

Tema: _____ Fecha: _____ Sesión No. _____

Nombre: _____

Preguntas de la observación	Nota de observación
¿Cómo llega a la sesión?	
¿Cómo se integró al grupo durante la sesión?	
¿Qué movimientos/conductas corporales se pudieron observar?	
¿Cuál fue su sentir personal, acorde al tema de la sesión?	
¿De qué manera participo el sujeto en la sesión?	
¿Qué comentarios destacado realizó el sujeto, acorde al criterio del observador?	
¿Qué cambio se pudo observar en el sujeto durante la sesión?	
Otros aspectos de la observación:	

Anexo G. Escala de carga del cuidador de Zarit (Caragiver burden interview, CBI).

ESCALA DE CARGA DEL CUIDADOR ZARIT						
Nombre: _____						
Edad: _____						
<p>Instrucciones: enseguida se presentan una lista de preguntas, en las cuales, se refleja como se sienten, en ocasiones las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada pregunta, indica con que frecuencia se siente usted: nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y siempre. En el momento que se responde piense que no existe una respuesta correcta o incorrecta, sino tan solo respuesta desde su experiencia como cuidador (a).</p>						
	Preguntas	Respuestas				
		Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Siempre 5
1	¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3	¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?					
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?					
8	¿Cree que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Cree que su salud se ha deteriorado por cuidar a su familiar?					
11	¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?					
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Cree que su familiar le considera a que usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Cree que no tiene suficiente dinero para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Cree que no será capaz de cuidar a su familia por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía dejar el cuidado de su familiar a otros?					

19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Cree que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?					
22	Globalmente ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					
Comentarios:						

Sobrecarga no presente	0-46
Sobrecarga Leve	47-55
Sobrecarga Intensa	56-110

Anexo H. Test de Psicodiagnóstico Gestalt TPG.

TPG			
Nombre			
Edad			
Fecha			
Tema			
		Si	No
1	Yo soy insensible		
2	Soy feliz como soy		
3	Cuando algo me disgusta lo digo		
4	Me molesta que me vean llorar		
5	Soy emocional pero me aguanto		
6	Me desagrada hacer siempre lo mismo que los demas		
7	Me es imposible dejar de ser como soy		
8	Evito culpar a los demas si me siento mal		
9	Siempre termino lo que empiezo		
10	Me siento culpable si culpo a los demas		
11	Debo evitar mostrar mi enojo		
12	Me abstengo de discutir		
13	Hago lo que los demas quieren aunque me disguste		
14	Me disgusta pensar, sentir o hacer lo mismo mucho tiempo		
15	Me gusta aprender cosas nuevas		
16	Dejo las cosas para despues		
17	Expreso lo que me molesta		
18	Evito sentir		
19	Seria feliz si no fuera por los demas		
20	Soy constante en mi inconstancia		
21	Hago lo que quiero a pesar de que me digan lo contrario		
22	Siempre estoy de acuerdo con los demas		
23	Soy capaz de dejar de tener una idea fija		
24	Evito enfrentar		
25	Me disgusta evitar lo inevitable		
26	Me gusta sentir		
27	Evito manifestar lo que me molesta		
28	Evito dejar para manana lo que puedo hacer hoy		
29	Me abstengo de culpar a los demas si fracaso		
30	A veces dejo las cosas para despues		
31	Me disgusta que me digan lo que tengo que hacer		
32	Me es imposible dejar de pensar en lo que ya paso		
33	Soy como me enseñaron que debo ser		
34	Defiendo mis opiniones		
35	Debo hacer lo que los demas quieren		
36	Soy sensible		
37	Me desagrada terminar lo que empiezo		
38	Expreso lo que me disgusta		
39	Estaria bien si no fuera por los demas		
40	Me siento mal cuando me presionan		
	Define con un adjetivo como te sientes en este momento		
Fase	Bloqueo		
Reposo	Postergación	0	0 Libre
Sensació	Desensibilización	0	0 Libre
Formació	Proyección	0	0 Libre
Movilizad	Introyección	0	0 Libre
Acción	Retroflexión	0	0 Libre
Pre-cont	Deflexión	0	0 Libre
Contacto	Confluencia	0	0 Libre
Post-con	Fijación	0	0 Libre
	Actitudes Manipulativas Simples		
	Actitudes Manipulativas Múltiples		

Anexo I. Escala de la Fidelidad de la Terapia Gestalt.

Escala de la Fidelidad de la Terapia Gestalt

Relación Dialogal

1. El terapeuta sigue atentamente al cliente, enfocándose en el proceso de darse cuenta (*awareness*) y la experiencia inmediata del cliente, sin seguir un plan predeterminado.
2. El terapeuta responde al cliente sin juzgarle, creando condiciones que posibiliten que el cliente se exprese con la mayor efectividad.
3. El terapeuta muestra apertura a la incertidumbre y a trabajar con indiferencia creativa.
4. El terapeuta usa la relación con el cliente como apoyo (*ground*) para el reto y el crecimiento.

Trabajo en el aquí y ahora

5. El terapeuta explora la experiencia inmediata del cliente.
6. El terapeuta apoya al cliente a aceptar y profundizar su *awareness* sobre su situación actual en vez de tratar de cambiarla.

Práctica fenomenológica

7. El terapeuta apoya al cliente a describir, profundizar y estar más presente a su sensación inmediata, afectos, cogniciones, y/o experiencias corporales.
8. El terapeuta describe y valida las diferentes experiencias de él-ella y el cliente.
9. El terapeuta estimula al cliente a ampliar sus opciones en vez de establecer un programa para el cambio.

Trabajo con la consciencia corporal

10. El terapeuta explora la corporalidad de su cliente (incluyendo la respiración) y le hace observaciones.
11. El terapeuta invita al cliente a identificar sensaciones, sentimientos, emociones, pensamientos o imágenes que emergen como consecuencia de atender sus experiencias corporales.
12. El terapeuta invita al cliente a realizar experimentos que involucren su cuerpo.

Práctica sensible al campo

13. El terapeuta investiga el fondo o contexto del que emerge la figura actual del cliente.
14. El terapeuta apoya al cliente a identificar cómo la percepción de su entorno y sus relaciones y necesidades previas organizan su experiencia actual.

Trabajo con los procesos de contacto

15. El terapeuta trabaja con el cliente los patrones de interrelación (estilos de contacto) que van emergiendo entre ambos (paciente y terapeuta).
16. El terapeuta identifica la figura junto con el cliente.
17. El terapeuta cocrea un espacio en el que el ambos (paciente y terapeuta) exploran como se influyen mutuamente.

Actitud experimental

18. El terapeuta usa el material que emerge en el encuentro terapéutico como base para ofrecer experimentos que puedan desarrollar el *awareness* del cliente.
19. El terapeuta gradúa el experimento a partir de la retroalimentación del cliente sobre el nivel de reto-desafío y los recursos que percibe el cliente.
20. El terapeuta apoya al cliente a integrar el aprendizaje y el *awareness* que emergen de un experimento.

¿Presencia de factores inusuales?

21. En su opinión, ¿hubo algún factor inusual significativo sobre esta sesión clínica que justificara que el psicoterapeuta no se adhiriera a los comportamientos descritos en esta escala? En caso afirmativo, ¿cuáles fueron esos factores y qué desviaciones se justifican?

Anexo J. Dictamen favorable Comité de Ética en la Investigación.

Resolución CEI-2022-2-658

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 18 de agosto de 2022

Karina Lizbeth Natividad Ávila
Dra. María De Los Ángeles López Nores
Presente.

El Comité de Ética en la Investigación (CEI), después de recibir las recomendaciones atendidas del protocolo de investigación CEI-2022-1-67, denominado "Cuidadores primarios informales y sobrecarga emocional: Una intervención psicoterapéutica Gestalt mediante el trabajo de los estilos de contacto", resolvió:

Dictamen favorable

1. Una observación en el consentimiento informado, favor de quitar la nota sobre el participante de 8 años requiere la firma del padre o tutor, según el protocolo se trabajará con individuos de 18 años en adelante. No es necesario reenviar al CEI.

Atentamente
"Por una vida científica
Por una ciencia vital"



— Dra. Gwendolyne Peraza Mercado
Presidente del Comité de Ética en la
Investigación



Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez
Secretaria del Comité de Ética
en la Investigación

c.c.p. Archivo.

Anexo K. Carta de solicitud de espacio de intervención psicoterapéutica / carta de explicación del programa solicitado por la institución.

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES

Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz

UACJ | UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE CIUDAD JUÁREZ

Cd. Juárez, Chih., a 14 de junio de 2022
Oficio MPHEP/58/22

A Quien Corresponda:
Presente. -

Por medio de este conducto, hacemos constar que la estudiante **Karina Lizbeth Natividad Ávila**, Matrícula **216599**, cursa actualmente el segundo semestre de la Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez como becaria del Programa Nacional de Posgrados de Calidad PNPC del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT.

Por consiguiente, le solicitamos analizar la viabilidad y en su caso, generar los procesos conducentes para que la estudiante pueda desarrollar su proyecto de intervención denominado "Cuidados primarios informales y sobre carga emocional: una intervención psicoterapéutica mediante el trabajo de los estilos de contacto", en la institución que usted representa, bajo la supervisión conjunta con los profesores de nuestra institución. La estudiante puede participar en actividades de psicoterapia individual, grupal, programas de promoción, prevención y psico-educación con diferentes problemáticas incluso de adicciones y consumo de sustancias desde enfoques humanistas y educación para la paz.

Agradeciendo de antemano sus finas atenciones a esta solicitud, quedamos a sus órdenes, para cualquier duda.

Atentamente

**"Por una Vida Científica,
Por una Ciencia Vital"**


Dra. Nancy Alejandra Amador Esparza
Coordinadora de la Maestría en Psicoterapia
Humanista y Educación para la Paz



A Quien Corresponda:

Presente. -

Por medio de la presente carta yo, Lic. Karina Lizbeth Natividad Avila, psicóloga clínica, tanatóloga y actualmente Maestrante de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez del Posgrado en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz, pretendo presentar el proyecto de Intervención de apoyo psicológico, el cual va dirigido a cuidadores primarios informales de personas enfermas crónicas o dependientes.

Esta carta tiene como objetivo proporcionar la información con respecto al proyecto titulado “Cuidadores primarios informales y sobrecarga emocional: Una intervención psicoterapéutica Gestalt mediante el trabajo de los estilos de contacto”, por el cual se está solicitando un espacio en la institución de atención a los usuarios con la problemática que se presenta a continuación.

El proyecto va dirigido a la atención de cuidadores primario informales de personas enfermas o dependientes, los cuales presenten una sobrecarga emocional dentro de su función como cuidadores. La intervención a esta población tiene el propósito de disminuir la sobrecarga emocional en dicha población a favor de su salud mental y emocional, proporcionando información que ayude a la difusión de los resultados del proyecto para intervenciones como una investigación en la mejora de la atención, a dicha población. |

Estructura:

Protocolo de Intervención Psicoterapéutico Gestalt, con metodología cualitativa.

El proyecto va dirigido a Cuidadores primarios informales los cuales estén ejerciendo actualmente dicho papel y presenten una problemática en relación a la sobrecarga emocional dentro de su función (35 a 45 años). Grupo de estudio terapéutico 10 a 15 sujetos.

De inicio se les dará una sesión informativa y psicoeducativa a los usuarios con la finalidad de hacerlos conscientes del proceso que se llevara a cabo y el acompañamiento que se les proporcionara, al igual que se les entregara un consentimiento informado el cual aborda puntos importantes como: confidencialidad de la información del proceso, la Norma Oficial Mexicana Nom-001-SSA3-2012 de protección del expediente clínico, la protección de información de resultados y trabajo según el Código ético del psicólogo establecido por la Sociedad Mexicana de Psicología y finalmente informar que la participación en la intervención psicoterapéutica, es voluntaria y si el usuario así lo desea puede abandonarla.

En el inicio y final del proyecto se aplicará el “Test de psicodiagnóstico Gestalt (TPG)”, la “Escala de carga del cuidador de Zarit (Caragiver burden interview, CBI)” y una breve entrevista que proporcione más información del tiempo y actividades de su función, así como su sentir

personal. Los instrumentos antes mencionados con la intención de una evaluación de resultados certeros del programa, en acompañamiento de otras herramientas cualitativas en el transcurso de intervención.

En una fase de desarrollo se aplicarán sesiones psicoterapéuticas grupales semanales previamente planificada y adaptadas a la población, que se enfocara en un proceso psicoterapeutico Gestalt en la atención de los estilos de contacto. A lo largo de 11 sesiones psicoterapéuticas grupales se tocarán temas en relación a la pertenencia del grupo, reconocimiento personal, espacios de relajación, aceptación, autonomía, expresión, deseos personales, etc. Lo anterior enfocado al bienestar de los cuidadores y a su salud mental, teniendo en cada sesión como objetivo principal la atención a las necesidades expresadas en el espacio. Si la institución lo permite como un plan de atención de manera ética y responsable con el proceso, si alguno de los usuarios de los cuales participe requiere de un acompañamiento o seguimiento psicoterapéutico fuera del programa, se le brindara de manera gratuita.

Como una última fase se integrarán los resultados obtenidos en el proceso acerca de dicha población y los efectos del programa como presentación de resultados.

Lo anterior planteado en un programa intervención desarrollado por una servidora, en el acompañamiento de una tutora experta en el área y por un panel de profesores de la Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz, que brindan asesoramiento durante el proceso. El breve programa presentado y propuesto para intervención en su institución es un protocolo desarrollado para implementar con fines educativos y de desarrollo profesional que concluirá en una entrega de tesis. El proyecto de intervención presentado fue previamente evaluado por el comité de bioética de la Universidad representante, cuidando la integridad de la población en cada una de sus etapas.

Como beneficio a la institución donde se logre desarrollar el programa, se buscará el trabajo en conjunto para el beneficio de su población en búsqueda de la salud mental y emocional, teniendo en todo momento como prioridad la misión y visión de la institución como un eje principal en la implementación de la intervención psicoterapéutica. Se resaltará la importancia durante el trabajo y el desarrollo de resultados, la apertura del espacio dentro de la institución, brindando el apoyo al desarrollo de la investigación dentro de un enfoque psicoterapéutico Humanista, donde se busca dar a conocer las formas idóneas para atención y acompañamiento psicoterapéutico, no solo a la población del trabajo que se busca realizar, si no también la adaptabilidad de este a otras poblaciones brindando apoyo a la comunidad en general. Por último, se generará una vinculación al programa de Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz, el cual permitirá poder ofrecerle a la institución distintos programas y protocolos de atención a su población que puedan perfilarse a sus necesidades, así como la apertura a la solicitud de atención con una necesidad en específica de sus usuarios y trabajadores, en relación a la atención a la salud mental y temas a fines.

Sin más por el momento quedo a sus ordenes para cualquier aclaración o duda, agradeciendo su tiempo y atención.



Lic. Karina Lizbeth Natividad Avila

“Todas las enfermedades comienzan con la pérdida, ya sea por perder algo que apreciabas mucho, o bien perdiéndote a ti mismo” - JQ Lee