



Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología

Área Psicoterapia

Psicoterapia de grupo a familiares y cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

José Luis Ortiz Cortés

Director de la tesis:

Dr. Luis Pérez Álvarez.

Comité tutorial:

Dra. Dení Stincer Gómez.

Dr. Octavio Jesús De La Fuente Escobar.

Dr. Guillermo Delahanty Matuk

Mtra. Laura Pérez Patricio

Cuernavaca, Morelos.

Índice

Antecedentes.....	10
Marco Teórico.....	14
Capítulo 1. Políticas de salud en México.	14
1.1 Impacto económico de las enfermedades crónicas.	24
Capítulo 2. Enfermedades Crónico Degenerativas (ECD) o Enfermedades no Transmisibles (ENT):	27
2.1 Factores de riesgo:	44
2.1.2 Equilibrio emocional:.....	45
2.1.3 La mala alimentación:	45
2.1.4 Sedentarismo:.....	47
2.1.5 Obesidad:	49
2.1.6 Tabaco:.....	51
2.1.7 Alcoholismo	53
2.1.8 Hipertensión arterial.....	54
2.1.9 Diabetes Mellitus	55
2.1.10 Enfermedad crónica renal.....	57
2.2. Prevención:.....	59
2.2.1 Factores determinantes clave de las enfermedades crónicas:	60
2.2.2 Intervención psicológica en las enfermedades crónicas degenerativas	60

Capítulo 3. El sufrimiento psicológico de los cuidadores primarios.	64
3.1 Una mirada Psicoanalítica del sufrimiento	70
3.2 Síndrome de sobre carga del cuidador	74
3.3 El autocuidado.	80
3.4 ¿Qué actividades se sugieren para evitar malestares?	84
Capítulo 4. La psicoterapia de grupo en el ámbito hospitalario.	86
4.1 Antecedentes de la psicoterapia grupal	89
4.2. Teoría de la psicoterapia de grupo.	96
4.3 Técnica de la psicoterapia psicoanalítica grupal.....	98
4.4. La selección de pacientes para la psicoterapia de grupo.	103
4.5 Preparación para el grupo	107
4.6 Composición, integración de los grupos psicoterapéuticos.	110
4.7 El inicio, desarrollo y la terminación del proceso grupal.	111
4.8 La duración de las sesiones, el proceso grupal y los tipos de intervención verbal de los psicoterapeutas.	117
4.9 La importancia de la coterapia.....	120
4.10 Diálogo post sesión	123
4.11 Importancia de registro y análisis del contenido de las sesiones grupales.....	124
4.12 El silencio en psicoterapia de grupo.	126

4.13 Grupos homogéneos y heterogéneos:.....	127
4.14 Grupos abiertos y cerrados.....	127
5. Planteamiento del problema.	134
Objetivos.....	139
Objetivo General:.....	139
Objetivos Específicos	140
Método.....	141
Diseño de la investigación	141
Propuesta de intervención	141
Participantes.....	142
Técnicas e instrumentos.....	143
Escenario.....	145
Procedimiento.....	145
Ejecución	146
Evaluación de la intervención.	147
Seguimiento de la intervención.....	147
6. Análisis de resultados:.....	152
7. Análisis del discurso grupal	167
7.1 Síntoma principal de las pacientes cuidadoras.....	167
7.2 Evolución del síntoma de las pacientes cuidadoras.	172

7.3 Descuido de las cuidadoras y de los otros.	176
7.4 El cuidado de enfermos y otros familiares de las pacientes cuidadoras.....	179
7.5 Antecedentes familiares de las pacientes del grupo psicoterapéutico.....	183
7.6 Antecedentes personales de las pacientes cuidadoras.....	187
7.7 Estructura familiar de las pacientes cuidadoras.....	191
7.8 Roles de las cuidadoras ante enfermo y familia.	195
7.9 Miedos específicos de las cuidadoras a la muerte.	200
7.10 Súper yo severo de las cuidadoras primarias.	204
7.11 Desgaste emocional de las cuidadoras primarias.....	207
7.12 Insight dentro del grupo psicoterapéutico.	209
7.13 Intervenciones verbales del psicoterapeuta y el coterapeuta.	216
7.14 Cierre y devolución dentro del grupo psicoterapéutico.	220
8. Discusión:	224
9. Conclusiones:	229
Apéndice 1.....	256
Apéndice 2.....	261
Cuadros con fragmentos discursivos.....	261

Introducción:

La psicoterapia de grupo surgió como alternativa a la atención de pacientes en instituciones públicas, pero hoy en día, con las numerosas prácticas grupales que existen, ha adquirido un desarrollo significativo y una especificidad propia.

En nuestro país no hay suficientes estudios o cifras científicas realizadas sobre población de los cuidadores y familiares primarios de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, al visitar hospitales nos percatamos de que existen bastantes familiares en la sala de espera a la expectativa de recibir noticias del progreso del padecimiento de sus enfermos.

La familia y los cuidadores primarios del paciente se convierten en la principal red de apoyo para el paciente y los exponen a importantes fuentes de estrés y desgaste emocional, ya que algunas enfermedades pueden ir evolucionando hasta llegar a un estado crónico del paciente desembocando incluso en la muerte.

Esta situación genera en el familiar miedo, incertidumbre y un malestar subjetivo en el familiar o cuidador. Actualmente son escasos los trabajos que analizan sistemáticamente los efectos de la intervención psicológica en la familia y los cuidadores primarios.

En México se tiene una responsabilidad no solo con los enfermos, sino con la familia, el atender a los familiares ayudará a controlar el estrés, el desgaste emocional, físico y psicológico, la psicoterapia de grupo supone un espacio que posibilita el abordaje de estos aspectos negativos derivados de sus ansiedades, miedos y angustias.

En esta investigación/intervención, se trabajó con un grupo psicoterapéutico conformado por cuidadores primarios, con el objetivo de disminuir su malestar psicológico y su carga física, aminorar los sentimientos de culpa y sentimientos ambivalentes hacia el familiar enfermo, así como su adecuada catarsis, para expresar dentro del grupo lo que no han podido hablar, por temor, a ser juzgados, señalados o criticados.

Este trabajo abonará conocimiento y estrategias para que la carga física y psicológica de los familiares sea menor para el cuidador. Además de que aportará conocimientos acerca de las principales enfermedades crónicas degenerativas, cómo poder evitarlas, su intervención psicológica, el sufrimiento que estas conllevan, principalmente para los cuidadores, y la importancia de tener espacios adecuados para el desahogo de la carga psicológica que muchas veces es mayor a la que se piensa, desde la mirada psicoanalítica.

Justificación.

En nuestra actualidad los servicios de salud tienen una responsabilidad no solo directamente con los enfermos, sino también con la familia de estos en cuanto a atender y reducir en los familiares los elevados niveles de estrés, el desgaste emocional, físico y psicológico, en lo que se refiere a éste último son incertidumbres hacia el futuro, ansiedad, depresión, deterioro en la calidad de vida, todo este proceso es lo que experimenta un familiar o persona cercana que tiene a un pariente o amigo con una Enfermedad Crónica Degenerativa (ECD).

La psicoterapia de grupo en las unidades de enfermos crónicos supone un espacio que posibilita el abordaje de aspectos importantes para familiares de pacientes ingresados, tales como las ansiedades derivadas de la hospitalización de sus familiares. El objetivo fundamental es ayudar a los familiares y cuidadores primarios del paciente a recuperar su funcionamiento psicosocial, a través de la psicoterapia de grupo. Ser contenidos y acogidos, expresarse, entender su situación actual y favorecer un clima donde se puedan resolver conflictos con su entorno.

Esta investigación es viable porque por medio de la intervención psicoterapéutica grupal, se puede tratar las problemáticas que se están generando en un grupo con problemas en común, reduciendo costos, tiempo y atender más población ayudándolos en la vida social del familiar y cuidadores primarios del enfermo, además de tomar pautas para el mejoramiento de las actividades y relaciones personales de los mismos.

Esta investigación es de suma importancia, ya que toda la familia sabe que tarde o temprano perderán a su ser querido y que tienen poco tiempo para compartir y disfrutar su cariño, esto puede fortalecer los vínculos afectivos entre la familia. Se pretende trabajar este tema en la psicoterapia grupal para que estén preparados para cualquier situación que se presente.

Este trabajo beneficia, no solo a la persona con una ECD, sino a todas las personas que le rodean porque se les proporcionará apoyo e información necesaria para evitar crisis familiares, y finalmente se considera que otro de los beneficiarios indirectos, es el personal médico de los hospitales.

A pesar de que en nuestro país y nuestro estado son muy pocos los estudios científicos realizados sobre esta población de los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, sí hay muchas personas que realizan este tipo de actividades con sus familiares, ya sea por cariño, por agradecimiento, por apego, por consanguinidad, entre otros, pero que no gozan de ningún tipo de beneficio que respalde su salud física, y mental (Aguñada, Coronado y Sánchez, 2017).

Se considera que esta investigación tendrá aportes y beneficios a los familiares del enfermo o cuidadores primarios al disminuir el estrés, los sentimientos ambivalentes hacia el paciente enfermo, el desgaste físico y psicológico, ansiedad, desmotivación, aislamiento, enfado, sentimientos de ambivalencia, que genera el cuidado del enfermo crónico.

Otro tipo de aporte será para las instituciones donde se brinde esta intervención/investigación ya que se otorgará un servicio profesional, brindando apoyo no sólo a los enfermos indirectamente, sino directamente a los familiares de estos. A la

psicología ya que podrá sumarse una investigación más al poco trabajo que existe en nuestro estado con familiares y cuidadores primarios de enfermos crónicos y finalmente a la teorización de este tema.

Antecedentes.

La psicoterapia de grupo surgida prácticamente en Norteamérica, se ha extendido a muchos países del mundo, pero para ello han existido figuras relevantes que han marcado hitos en este desarrollo, así como movimientos que han sido básicos para que este se produzca. Su utilidad en el campo hospitalario y ambulatorio es incuestionable (Colli y Lorenzo, 2012).

Yllá (citado en Belloso, Díaz y López, 2015) menciona que la terapia de grupo tiene un largo recorrido. Fue Joseph Pratt, médico de un sanatorio antituberculoso, uno de los primeros profesionales sanitarios y a comienzos del siglo XX utilizó grupos de pacientes con el objetivo de transmitir información acerca de su enfermedad, observando que aquellos que acudían a psicoterapia de grupo presentaban una mejor evolución.

En la década de los veinte, Jacob L. Moreno, daría el salto hacia la salud mental, al trasladar el formato grupal al tratamiento de los trastornos mentales con su teatro de la espontaneidad, germen del psicodrama, por la misma época, Lazell y Marsh comenzarían, con un marcado matiz psicoeducativo, a utilizar el abordaje grupal con pacientes esquizofrénicos ingresados (García 2008).

Desde entonces la psicoterapia de grupo en el ámbito hospitalario, ha ido extendiendo su campo de aplicación, gozando actualmente de suficientes avales, ya sea desde la efectividad clínica, como desde el punto de vista de la economía

de medios, ante la presión asistencial y la necesidad de extender el tratamiento a un gran número de pacientes (Vinogradov y Yalom, 1996).

Existen limitaciones en los sistemas de salud, en cuanto a que las entidades prestadoras de servicios limitan o controlan las intervenciones psicoterapéuticas, centrándose únicamente en el paciente enfermo dejando a un lado la salud mental de la familia cercana, excluyéndolos de una atención adecuada para evitar un desgaste físico, moral y psicológico.

Se considera que existe una inequidad con respecto a la atención brindada en los servicios médicos ya que la separación de la familia y de los amigos produce sensaciones de aislamiento, desolación y estrés, tanto en niños, jóvenes y en adultos. La desmoralización, hasta ahora no incluida en la nosología psiquiátrica, ha generado un renovado interés en el ambiente de la enfermedad médica (González, Valencia y Bersh, 2006).

De acuerdo con González, Valencia y Bersh (2006) una enfermedad que no amenace la vida del paciente permite una rápida adaptación, mientras que la enfermedad crónica exige que el individuo y la familia realice cambios en su estilo de vida, que en ocasiones son permanentes, estos cambios radicales pueden generar en la familia desajustes psicológicos que pueden desembocar en algún otro trastorno físico o psicológico.

Según Yalom (2009), las personas sanas, como las enfermas, deben aceptar la finitud de la vida y afrontarla adaptativamente, ello implica una preparación emocional, el manejo de los temores, dialogar y hacer explícitos los deseos y preferencias de la persona, facilitar su participación activa en las decisiones y planificar todos los aspectos

relevantes. En este sentido, las voluntades anticipadas, el testamento vital o las instrucciones previas, en las que la persona manifiesta sus deseos sobre los tratamientos, cuidados y preferencias, en función de sus valores, son instrumentos que dotan de control a la persona.

Martínez (2001) señala que los grupos de psicoterapia en las Unidades de agudos cumplen un papel fundamental para reducir el impacto de los factores potencialmente estresantes asociados a la hospitalización y a la situación de crisis en la que ingresan los pacientes, constituyéndose como un factor protector y necesario para disminuir la ansiedad de los pacientes y disminuir las proyecciones paranoides que están en la base de muchas actuaciones violentas y destaca la tensión tan fuerte que soportan los pacientes ingresados en una unidad de agudos.

Pero no solo sufren los pacientes ingresados a una institución de salud, también los familiares, ellos a su vez cargan y padecen de esa tensión emocional; se quedan muchas veces en espera y a la expectativa de qué es lo que pasará a partir de ese momento, el afrontar un entorno a menudo desconocido como es el hospital y estar rodeados de otras personas en crisis les puede generar a los familiares más angustia dejándolos indefensos a la espera de noticias de los familiares ingresados.

La adaptación al nuevo entorno puede resultar complicada porque además los familiares están sometidos a expectativas por parte del equipo terapéutico y los familiares carecen de apoyo profesional en este tipo de instituciones, un grupo

psicoterapéutico, les proporcionará una mejor adaptación y una mayor sensación de protección e integración.

Según Aroian y Prater (1988) los familiares y los pacientes hospitalizados experimentan dos tipos de crisis, la que les ha llevado al ingreso y la crisis más general de ser hospitalizado. En este contexto pueden percibir el tratamiento como presiones para abandonar sus defensas y amenazas a su autocontrol, por lo que los pacientes pueden desconfiar del personal y manifestar ambivalencia sobre la necesidad de estar ingresados y dudan de que la hospitalización les pueda ayudar.

Es destacable también que además de ser un entorno desconocido con gente desconocida, es percibido muchas veces como hostil, es un medio ambiente cuyas estructuras físicas distan de ser cálidas y acogedoras, e incluso pueden ser muy agobiantes si no disponen de un espacio abierto además de un apoyo adecuado.

Marco Teórico

Capítulo 1. Políticas de salud en México.

¿A qué se le denomina políticas de salud? Tovar (2012) las define como un esfuerzo que es sistematizado para la reducción de los problemas de salud, y estos problemas solo se les da existencia cuando se les reconoce, cuando son vistos, cuando se les da un nombre, para considerarlas e incorporarlas en la agenda de las cuestiones públicas. Se dice una política de salud cuando está implicado la definición de salud como un problema de naturaleza pública, donde el estado asume un rol activo y explícito.

Otra definición nos la brinda Cardozo (1989), y describe a las políticas de salud como el conjunto de decisiones u omisiones que traducen en un periodo y lugar determinados la posición que asumen los organismos responsables frente a los problemas sociales que se generan en el área de la salud, añade además que se utiliza el término políticas de salud como una unidad de análisis, y se refiere a una lucha por el poder, en particular la salud, además de que tiene un contenido político, manifestado en presiones e intereses de grupos y de clases sociales y que el análisis de políticas de salud es una disciplina no científica ya que no persigue la búsqueda de la verdad, sino tomas de decisiones que sean más racionales y alternativas.

Montes (2015) por su parte, menciona que una política pública es un conjunto organizado y bien estructurado de acciones, las cuales deben buscar y generar cambios, bienes y servicios de orden público para cubrir las demandas de la población, cambiar las condiciones de vida, generar y modificar nuevos

comportamientos, valores y actitudes que vayan de acuerdo con la ley, la moral y la cultura de la comunidad.

Siguiendo la línea de las leyes, en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2020) reformado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de junio del 2019, nos dice que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución (Diario Oficial de la Federación, 2019).

Además, el mismo artículo menciona que toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar; y que la familia tiene derecho a disfrutar de una vivienda digna.

Pero existe una diferencia muy marcada entre lo que dicta la constitución mexicana y la realidad, como ya lo hemos descrito anteriormente, acerca de las carencias y deficiencias que existen en nuestro sistema de salud pública.

Actualmente nuestro país enfrenta dificultades y una crisis con respecto a la salud pública que es relevante con respecto a las enfermedades crónicas degenerativas, generadas por los malos hábitos que las personas tienen en sus estilos de vida, y donde las políticas de salud implementadas hasta ahora no han sido adecuadas ni mucho menos eficientes.

Estas políticas públicas deben de surgir con la finalidad de brindar respuestas a los conflictos sociales que se dan la población, para así construir soluciones a los

conflictos que no pueden solucionarse en otros ámbitos políticos, entonces en las políticas públicas de debe intervenir de forma adecuada y directa para buscar a las problemáticas que se presenten en nuestra sociedad actual. Además de que estas políticas deben de proteger y salvaguardar la integridad y la salud no solo física sino también psicológica de cada una de las personas, ya que el cuidado psicológico se ha dejado de lado por mucho tiempo, necesaria para asegurar el bienestar integral del individuo.

Se considera a partir de lo que se observa, que la salud y en especial la salud psicológica no se ha reconocido de forma prioritaria y no ha sido motivo de atención y solo recientemente comienza a tener cierta consideración en nuestro país, con cierta incredulidad, en el área de salud mental.

La formulación y evaluación de una política de salud implica un proceso de análisis, este implica tener un proceso reflexivo y de análisis. Referido a los problemas no estructurados, con el objetivo de introducir un orden y una lógica adecuada que permitan mejorar lo establecido, mejorar las decisiones y su evaluación.

Lugo (2015), menciona que el sistema de salud en México comenzó en el siglo XX con la llegada de la revolución industrial, los obreros lucharon por medio de la seguridad social el tener un reconocimiento a sus derechos en caso de enfermedades o accidentes de trabajo. Posteriormente la atención de salud se instaura con el Departamento de Salubridad Publica en el año de 1917, pero también se determina en favor de los trabajadores, donde la constitución política de nuestro país estableció el artículo 123, fracción XIV.

La salud es una de las principales fuentes de bienestar de los individuos, y está compuesto por dos sectores, que son el Público y privado, el primero se refiere a las instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), estas instituciones prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que prestan servicios a la población sin algún tipo de seguridad social, aquí también se suman el Instituto de Salud para el Bienestar, la secretaría de salud (SSa), servicios estatales de salud (SESA) y el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS).

El sector privado se refiere a los servicios que algún sector de la población tiene los medios para pagarlos, y aunque no los tuvieran la gente que tiene pocos recursos económicos busca la manera de atenderse con los servicios particulares, ya que muchas veces los servicios públicos no cuentan con la infraestructura adecuada para atender las necesidades de los enfermos, principalmente la infraestructura para atender adecuadamente a personas con alguna Enfermedad Crónico Degenerativa (ECD).

Nuestro país ha pasado por varias reformas que han sido significativas, entre ellas la más reciente realizada por el Instituto de Salud para el Bienestar, estos cambios se consideran que han sido una limitante a nuestro sistema de salud ya que en cada cambio de gobierno a lo largo de la historia no le brindan el seguimiento adecuado que le permita a nuestro sistema de salud fortalecerse y reaccionar de forma adecuada ante las nuevas demandas de la población de nuestra actualidad, como son las demandas que requieren las ECD.

A lo largo de la historia de los derechos sociales en México, se ha caracterizado porque ha existido desigualdad, donde no todos los grupos sociales tienen acceso a estos servicios de salud, y este servicio debe de reconocerse como prioritario dentro de la agenda de salud, ya que mucha gente de escasos recursos no cuenta con este servicio y muchos de los enfermos padecen de una ECD, y muchas de las instituciones de salud no están capacitadas para atender las demandas de las personas con alguna enfermedad crónica degenerativa, sumado a esto, los medicamentos para el cuidado de estos enfermos tienen un costo elevado.

El gobierno tiene la obligación de facilitar, garantizar y cumplir el derecho a la salud para todas las personas sin discriminar a ninguna por cuestiones de orientación sexual, edad, situación socioeconómica, etc., ya que el derecho a la salud es un derecho humano esencial, pero no solo eso, sino que según Lugo (2015) menciona que la protección debe atenderse de acuerdo a las necesidades específicas de cada etapa de la vida de las personas, de los niños y niñas, adolescentes, adultos, mujeres en etapa reproductiva y los adultos mayores, y solo cubriendo estas necesidades se obtendrá el mayor bienestar físico, psicológico y social para toda la población.

Uno de los objetivos fundamentales de las políticas de salud en nuestro país, es que tiene el deber de crear las condiciones adecuadas para asegurar excelentes servicios de salud, así como asegurar una buena salud para toda la población. Es el gobierno a nivel nacional, estatal y municipal quienes tienen el

deber y la responsabilidad de crear políticas de salud (Navarro, 2013) que satisfagan las demandas de salud de la población.

Entonces, es el gobierno por medio de la Secretaria de Salud, quien tiene que la responsabilidad de brindar atención en la salud, y que monitoree el cumplimiento adecuado garantizar el servicio médico.

Según el gobierno de México a través Instituto de Salud para el Bienestar, más de la mitad de la población mexicana no tiene seguro social, por lo cual se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), con el objetivo de brindar atención médica y medicamentos gratuitos en los servicios de salud, además de atender las demandas de las personas más vulnerables con la posibilidad de atenderse en centros de salud, en hospitales, en los institutos, etc., sin importar la situación económica de la población de México (Gobierno de México, 2020).

Otro de los principales problemas que enfrenta nuestro país es la gran desigualdad y el incremento de la pobreza los cuales afectan la calidad de vida de no solo de los enfermos sino también de la familia, esta inclusión a la salud, es un privilegio que no todas las personas tienen acceso a estas oportunidades, bienes y servicios de salud al que todo individuo debería de tener acceso. Cabe señalar que muchas personas de escasos recursos no cuentan con un seguro laboral, orillándolos a pagar un servicio privado, esto es un gran problema ya que existe una brecha enorme asociada a la condición socioeconómica de los mexicanos.

Estas condiciones laborales terminan en insatisfacción por parte de los pacientes usuarios de los servicios públicos de salud, aunado a esto, en algunas instituciones públicas existe escases o inexistencia de algunos medicamentos; incluso la atención

médica puede llegar a ser inadecuada en algunos servicios de salud. En el caso de las ECD, obliga a las personas con menos recursos económicos a postergar o alargar su atención médica, que muchas veces por este motivo, los obliga a realizar gastos que no están contemplados en su presupuesto, incluso el familiar enfermo puede llegar a fallecer por la escasa o nula atención médica a causa del sustento económico suficiente.

Esta falta de medicamentos en el sector público, obliga al enfermo y a la familia a adquirir un servicio médico y los medicamentos requeridos en un sector privado, para su atención, recuperación o estabilidad en la salud del enfermo, a un costo excesivamente alto, implicando angustia, ansiedad, estrés y tensión emocional en las familias con recursos económicos limitados.

Estas situaciones descritas, son algunas que causan inconformidad por parte de la población usuaria, desalentándolos a seguir usando los servicios públicos, incluso a tener malas referencias, experiencias y poca credibilidad con respecto a estas instituciones públicas, generando que el usuario se aleje de estos servicios, acercándose directamente y confiando más en los servicios privados, haciendo todo lo posible por obtener el ingreso económico para pagar estos servicios; incluso el mismo usuario hace comparaciones con respecto al servicio público y privado, por ejemplo, que existe en el sector privado un trato mejor y más digno, al contrario del sector público, existiendo muchas quejas.

Las quejas por ejemplo, hacia el sector público son: de que este trato es más agresivo y nada humano, que no existe una infraestructura y adecuada

atención, además de ser menos ágil, burocrático, carente de eficiencia y menos personalizado, etc., al contrario de algunos de los servicios privados (Lugo, 2015).

Una de las cosas que es importante mencionar, es que en los grupos vulnerables no ejercen su derecho a la salud, son grupos excluidos de la sociedad, compuestos por personas de escasos recursos, limitados de un sustento económico adecuado, y al no contar con el ingreso económico adecuado afecta a niños, adolescentes, adultos, grupos o sociedades indígenas, personas asalariadas, personas desempleadas, campesinos, etc., y se complica más si en los lugares donde residen no existen servicios de salud adecuados para atender a estos grupos vulnerables .

En estos casos, influyen las creencias mágico-religiosas tanto de la familia o el enfermo (Grau, 2018) dirigiéndose con la curandera o curandero, que en la mayoría de los casos en lugar de ayudar con la enfermedad, ésta tiende a complicarse más, afectado o agudizando el malestar físico u orgánico del enfermo, teniendo incluso como consecuencias la muerte de los enfermos crónicos. Estas causas de mortalidad pueden prevenirse y evitarse, donde las autoridades del sector salud atiendan de manera más empática, eficiente y sin ánimo de lucro a la población más vulnerable y excluida (como son los pueblos indígenas) de nuestro país.

Los datos que arroja el Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) a través de la Secretaría de Salud (2018) menciona que entre los años 2010 y 2017, las dos primeras causas de muerte en el país fueron las enfermedades no transmisibles, por ejemplo en el año 2018 las principales causa de muerte de enfermedades no transmisibles, fueron: las enfermedades del corazón, con 140,855 defunciones, diabetes mellitus, con 106, 525 defunciones, tumores malignos, con

84, 142, enfermedades del hígado, con 38,833 y las enfermedades cerebrovasculares, con 35,248. Cabe destacar que estas pueden ser prevenibles, sin embargo algo está pasando con nuestro sistema de salud que la gente está muriendo a causa de enfermedades que pueden prevenirse y evitarse tomando en consideración la importancia de las políticas de salud de nuestro país.

Descrito lo anterior se considera que se deben de aplicar estrategias adecuadas con el objetivo de capacitar al personal directivo en temas de calidad en los servicios de salud, atender la demanda de prevención que tanto le hace falta a nuestro sistema de salud, además de brindar atención de calidad, en los servicios.

El rezago y la desigualdad en las políticas de salud, tiene grandes repercusiones en el índice de mortalidad de las personas, además la inequidad existente es aun en la actualidad un problema que se debe atender, el tener a un familiar enfermo con alguna ECD, no es nada barato, ya que su tratamiento es duradero y por consiguiente, a la larga resulta ser muy costoso (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

El implementar políticas adecuadas tendrá a largo plazo un impacto positivo en nuestra sociedad, por ejemplo ayudará a que los niños, niñas, jóvenes y adultos con alguna ECD reduzcan su tasa de mortalidad. Es necesario realizar un cambio fundamental en el sistema actual de salud para hacer frente a las nuevas demandas generadas por los cambios de nuestra sociedad, ya que los costos en la salud siguen en aumento, así como el gasto sanitario y también la esperanza de vida, lo que debe orillar de forma inmediata a un cambio de ciertos

tipos de atención médica (Álvarez, 2017), como lo es en el caso de las ECD y las consecuencias económicas y sociales producto de esto en nuestra sociedad son considerables.

Otro de los problemas a considerar a los que se tiene que enfrentar la población con respecto a los problemas de salud, es la centralización de los centros de salud que pueden brindar atención adecuada a personas con alguna ECD, ya que en la mayor parte de los municipios alrededor de las capitales estatales, no se cuenta con la infraestructura para satisfacer la demanda de atención en los pequeños centros de salud dentro de cada municipio, además de lo ya mencionado desabasto de medicamentos, y el poco personal en cada uno de estos centros (Aguilar, 2008).

Las nuevas demandas que la población hace con respecto a los servicios de salud implica no solo a los médicos, sino que también a los profesionales de la psicología, y nos encamina a la necesidad de investigar e intervenir en un vasto campo de problemas que han puesto a prueba los conocimientos prácticos, teóricos y metodológicos con respecto a la psicología de la salud, principalmente en el ámbito hospitalario (González, Smith, Suls, Stone, 2017).

Muchas veces, el personal médico y de enfermeras, no está capacitado para brindar una atención adecuada y eficaz a los enfermos, no solo en la salud orgánica, sino también en la salud psicológica, y en este sentido el sistema de salud de nuestro país está limitado, ya que se requiere una mayor disposición de los recursos financieros.

Cuando una persona requiere de atención más especializada e integral, lo canalizan a otras ciudades, generando en el paciente y la familia malestar, estrés e inconformidad; además de los gastos económicos que implica el ser trasladado y el

sustento económico de las necesidades fisiológicas que implica estar fuera de casa; esto también le compete a la psicología hospitalaria, ya que el impacto económico genera demasiado malestar psicológico y emocional (González y Reyes, 2012 y Grau, 2016).

1.1 Impacto económico de las enfermedades crónicas.

La problemática de las ECD, afecta no solo a los países subdesarrollados, sino también a los países desarrollados, e implican no solo un gasto familiar, sino también en costos para la sociedad, ya que las muertes producidas por esta enfermedad son prematuras, además de la carga emocional para los enfermos y su familia, los mayores costos impactan en el crecimiento económico, lo que limita un adecuado incremento económico (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Las familias, que viven en una situación de pobreza, resulta más fácil que alguno de los integrantes tengan una mayor predisposición a caer en alguna adicción, tengan una mala alimentación y a causa de esto desarrollen alguna ECD, esto los lleva a tener el consumo constante de medicamentos, afectando en la economía y en la calidad de medicamentos, ya que muchas veces llegan a consumir medicamentos caducos.

Esta problemática hace resaltar un problema de salud necesaria con respecto a una estrategia donde se implementen políticas competitivas con respecto a los medicamentos para ayudar a contribuir los costos en las familias (Adeyi, Smith y Robles, 2007) y ayudar a los que menos tienen, ya que los costos

de las empresa farmacéuticas muchas veces tienen el monopolio, elevando por mucho los costos de los medicamentos.

Estas enfermedades afectan a todos los estratos sociales, es decir a grupos sociales de clase alta y baja, no existe distinción entre los niveles, pero el mayor impacto económico se considera que recae sobre las clases más bajas, empeorando la situación económica de las familias que tienen mayor necesidad. Al tener un inadecuado y bajo sustento económico genera un difícil acceso a los servicios de salud, y puede que incremente la posibilidad de que la enfermedad se desarrolle más rápido al no ser tratada a tiempo, y puede desembocar en la muerte (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Las enfermedades crónicas no transmisibles incapacitan a las personas generando bajas en la productividad a las personas que la padecen y debido a su enfermedad tienen que acudir al médico constantemente para su tratamiento y supervisión, y en ocasiones estas dejan de trabajar, y no se consideran “productivos” económicamente hablando.

Esta incapacidad que genera el tener una ECD requiere de grandes desafíos para a familia ya que muchos de los trabajos que pueden encontrarse, requieren de un gran esfuerzo físico, y muchas de estas enfermedades hacen que la actividad física se vea disminuida, eso es un problema grave para la familia ya que si la persona responsable para llevar el sustento a la familia es quien padece la enfermedad, al no tener los cuidados adecuados y al no poder dejar de trabajar puede agudizar la enfermedad, sumado a esto el salario que se gana no es favorable, es aún peor para la familia,

generando nuevamente estrés y angustia en la familia (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

No solo a eso se enfrenta la familia, sino también a los servicios que se brindan para el tratamiento de las ECD, ya que son más complejas que otros tratamientos de salud, además de que requieren mayor tiempo en interacción con las instituciones de salud, es decir, son intensivos en transiciones y requieren de múltiples tipos de atención, por ejemplo: atención primaria, especializada, pruebas, laboratorios, etc., además de que requiere de un tratamiento consecutivo, muchas veces mensual o quincenal, repercutiendo en el bolsillo de la familia (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Capítulo 2. Enfermedades Crónico Degenerativas (ECD) o

Enfermedades no Transmisibles (ENT):

En este capítulo se abordará de una manera general las enfermedades crónicas degenerativas (ECD) o también denominadas enfermedades no transmisibles (ENT) ya que los detonantes pueden ser similares.

La alimentación durante el desarrollo de la evolución humana ha sido una principal causa selectiva en nuestra evolución y ha presentado evidentes transiciones, en la obtención de fuentes de energía de frutas, verduras, raíces, cereales, es decir, productos orgánicos en los primeros homínidos, hasta nuestra actualidad, donde las modificaciones alimentarias se basan en grasas saturadas, ácidos grasos y ácidos grasos omega-6, lo que nos ha llevado como especie a un contraste evolutivo, existiendo cambios en nuestra estructura genética (Arroyo, 2008).

Estas enfermedades pueden ser esporádicas y durar un breve tiempo o pueden ser permanentes y agudizarse o empeorarse en el transcurso del tiempo. Existen diferentes definiciones de las ECD según la World Health Organization (2012) se les denomina ECD o ECNT (Enfermedad Crónica no Transmisible) por prolongarse a través del tiempo y no tener cura. Según Hanson y Gluckman (2011) mencionan que este tipo de enfermedades que no se resuelven espontáneamente, incluso implican cambios mayores en amplios espectros de la vida de una persona y que van alterando las rutinas y las actividades cotidianas.

Grau (2013) propone otra definición y menciona que las ECNT suelen ser perdurables, tienen síntomas no constantes y con frecuencia involucran alguna discapacidad y sus relaciones sociales pueden verse afectadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define las enfermedades crónicas como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.

La World Health Organization en el plan de acción 2008-2013 para la estrategia global para la prevención y control de enfermedades no transmisibles (2008) mencionan que las ECNT son lesiones de larga duración, y las hace complejas por su permanencia en el tiempo y que además generan discapacidad residual no solo en el enfermo, sino a sus familiares también, llevando al deterioro de sus funciones físicas y sociales y por tanto el impacto negativo de estas enfermedades también es para la familia, y que a causa de esta discapacidad la familia y los cuidadores primarios además de cuidar al enfermo deben de suplir funciones que el enfermo deja de realizar.

Por otro lado, la National Human Genome Research Institute (2019) NIH por sus siglas en inglés denomina que son enfermedades complejas o multifactoriales, y estas son enfermedades causadas por la interacción de múltiples genes y factores ambientales, como por ejemplo las enfermedades del corazón, cáncer, Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, osteoporosis, glaucoma, artritis, depresión accidentes cerebro vasculares, incluyendo también la diabetes.

Según la institución mencionada anteriormente las enfermedades complejas tienen varios genes que están involucrados y que muy a menudo existen implicaciones ambientales involucradas como la mala alimentación y la falta de actividad física. Y se podría mencionar que son enfermedades poligenéticas, esto quiere decir que múltiples genes contribuyen a estas enfermedades (NIH, 2019). Y estas enfermedades pueden darse en una familia, ya que nuestros antecedentes genéticos influyen de manera determinante en nuestra salud, y las malas prácticas alimenticias y la falta de actividad física pueden detonar dichas enfermedades.

Según Arroyo (2008) la alimentación ha sido una importante fuerza de selección en la evolución del hombre, donde los primeros hombres obtenían energía, proteínas y vitaminas de frutas, verduras, raíces, etc., y la alimentación fue cambiando conforme el homínido fue evolucionando, llegando a alimentarse de carroña, de la caza, pesca, animales pequeños, hasta desarrollar tecnologías para poder realizar actividades como la agricultura y la ganadería, y más recientemente la revolución industrial y esta ha sido una de las principales causas para la modificación de la dieta ya que se consumen más energías de grasas saturadas, de ácidos grasos.

La Organización Panamericana de la salud (OPS, 2016) describe que en los últimos 20 años las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) han ido en aumento y que además estas afecciones se dan desde una edad mucho más temprana, afectando principalmente a la poblaciones vulnerables con ingresos medianos bajos, debido a la pobreza en la que se encuentran y a la nula o baja capacidad del sistema de salud para atender y promover el cuidado adecuado de la salud.

Al no tener una adecuada alimentación conlleva a distintos problemas de salud, entre ellas el desarrollo o el detonante de las Enfermedades Crónicas Degenerativas. Estas enfermedades presentan uno de los más grandes desafíos en la actualidad, a causa del impacto social que presenta y constituyen un problema no solo nacional, sino que se ha convertido en una problemática a nivel mundial, y va en aumento, las transformaciones sociales, económicas, las nuevas políticas alimentarias, las demográficas, la tecnología, promueven una vida de sedentarismo, desembocando en ECD, como obesidad, cáncer, enfermedades pulmonares, etc.

Además de los cambios a los estilos de vida, en la alimentación, en las relaciones sociales, los nuevos estilos de vida, la urbanización, el uso del automóvil de manera excesiva, los ambientes desfavorables, el exceso de carga laboral, el bombardeo de los medios de comunicación y las redes sociales orillando al consumo desmedido de productos de comida rápida y comida chatarra, las nuevas opciones de bebidas y alimentos, son factores que desembocan en exceso de peso, sedentarismo, una mala alimentación, incluso en el uso y abuso de medicamentos y drogas, detonan en un alto porcentaje en las ECD.

En la actualidad el sistema de alimentación se ha industrializado, llevando el consumo alimentario a gran escala para resolver las grandes demandas existentes del mercado alimentario, y hace que estos productos procesados tengan muy poco o nulo valor nutricional, supliendo algunos alimentos con grasas

y desperdicios animales, altos en grasas, azúcares y sodio, siendo producidos a gran escala, para satisfacer una demanda.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2018) menciona que las industrias tiene la obligación y la responsabilidad de informar al consumidor sobre la composición en la etiqueta del producto el valor nutricional sobre lo que se va a consumir, esa es una de las políticas de consumo que deben existir en cada país, la regulación adecuada de cada producto que se consume.

Gracias a toda la globalización y a grandes demandas de productos chatarra y con muy bajo nivel nutrimental, genera que la población tenga enfermedades que estén relacionadas con la alimentación, como la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares incluso cáncer.

Con respecto a la alimentación de productos chatarra, la dieta del mexicano es inadecuada, es muy notoria al caminar por la calle, al observar a los niños después de clase, visitando algún lugar de comida rápida, etc., se nota esta mala alimentación del mexicano, y es mucho más visible en las personas con sobre peso, con un inadecuado e inmoderado consumo de alimentos chatarra. Estos estilos alimenticios, son los que afectan la calidad de vida de las personas, incluyendo a la población infantil que es la más vulnerable (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2020), además este problema puede observarse también actualmente en zonas rurales.

Según Alvarado (2019) coordinadora estatal del programa de diabetes en el estado de Guanajuato, menciona que México es el país donde se consume más refresco incluso un 40% por encima de Estados Unidos. El mexicano destina un 10% de sus

ingresos totales en la compra de bebidas azucaradas y se tiene un promedio de 163 litros de consumo personal al año.

Aunado a esto, los avances tecnológicos, los cuales facilitan las actividades, disminuyendo la mayoría de los movimientos físicos, pasando horas y horas con las nuevas tecnologías, como por ejemplo la computadora, internet, celular, y todo lo tenemos al alcance de un clic, la mayoría de las cosas pueden llegar ya hasta la puerta del hogar sin tener que levantarnos y hacer mayor esfuerzo, las personas ya no caminan y cada vez se mueve menos.

Esto también tiene que ver con el reducido espacio de lugares para las actividades físicas, además de que muchos de los jóvenes y niños tienen un espacio cada vez más reducido donde realizar actividades recreativas, repercutiendo directamente en la salud de las personas, desarrollando enfermedades como la obesidad o alguna otra ECD.

Los aparatos eléctricos como la televisión también influyen, ya que la publicidad de alimentos chatarra va dirigida principalmente a la población infantil ocasionando que se modifiquen sus comportamientos y su percepción con respecto a los alimentos, que ha sido orientada hacia el consumo de alimentos chatarra (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021) y los productos como el alcohol y tabaco, principalmente.

Al consumir alimentos chatarra no solo repercute como ya se mencionó en la salud física, sino también altera el sistema inmunológico, haciendo a las personas más propensas a las enfermedades, tanto agudas como crónicas. Las primeras pueden ser pasajeras y de duración corta, suelen ser fácilmente

diagnosticadas, además se limita a un órgano o área específica del cuerpo (Universidad Internacional de Valencia, 2018) como la gripe, resfriado, apendicitis, conjuntivitis, urticaria, etc. suelen durar relativamente poco.

Sin embargo, el desarrollo de las enfermedades crónicas (del término griego *chronos*, que significa tiempo) son problemas de salud de larga duración, incluso algunos síntomas pueden pasar desapercibidos hasta que los síntomas son evidentes y su comienzo puede ser insidioso de manera que puede pasar desapercibida hasta que los síntomas son evidentes (Universidad Internacional de Valencia, 2018), como por ejemplo: diabetes, artritis, Alzheimer, cáncer, esclerosis múltiple, hipertensión, colesterol, depresión, ansiedad, tiroides, osteoporosis, etc.

Cuando existen problemas en la alimentación, baja actividad física, consumo excesivo de alcohol y tabaco, terminará en consecuencias negativas para la salud y en el peor de los casos en alguna enfermedad crónica degenerativa, limitando físicamente al enfermo de por vida.

Las enfermedades crónico degenerativas consecuencia de las malas prácticas alimentarias y la deficiente actividad física son causantes de muerte en el mundo, las enfermedades del corazón, enfermedades respiratorias, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes, son las enfermedades que aquejan en nuestra actualidad, implicando un gran reto para el sector salud, además podrá considerarse que existe poco apoyo gubernamental para tomar acciones con respecto a este problema de salud.

Según la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2016), explica que son cuatro los factores de riesgo que ocasionan la mayor parte de las muertes y

discapacidades que pueden ser prevenidas y evitadas: La alimentación poco saludable, el consumo de tabaco, el consumo nocivo y excesivo del alcohol y la inactividad física, estos cuatro riesgos causantes de las principales Enfermedades Crónicas degenerativas (ECD) en el mundo y que pueden ser revertidos, evitando muertes prematuras, y sufrimiento, no solo para el enfermo sino también para los familiares.

En la historia reciente, eran las enfermedades contagiosas las más frecuentes, como el cólera o tifoidea, etc., en nuestra sociedad actual las enfermedades crónicas degenerativas se presentan con más frecuencia, principalmente en los lugares industrializados a causa de los estilos de vida que lleva la gente lleva, cómo la mala alimentación (comida chatarra), el no dormir adecuadamente, (González y Reyes, 2012). Aunado a esto el consumo de tabaco, de alcohol, inactividad física, el sedentarismo, el estrés, etc.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2016), las enfermedades no transmisibles (ENT) como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, son las principales causas de mala salud, muerte y discapacidad, según esta organización es de suma importancia abordar también los factores comunes de riesgo como el consumo de drogas, como por ejemplo, el tabaco, el alcohol, etc.

Cada una de las enfermedades crónicas tienen sus propios síntomas, su y tratamiento en específico así como su propia evolución, y lo que tienen en común es que son duraderas y con progresión lenta, los síntomas de estas no se parecen entre sí, y las repercusiones sobre su cuerpo son devastadoras, desgastantes y

los tipos de tratamientos requeridos para frenar o disminuir los síntomas son diferentes y específicos para cada una de las enfermedades, pueden ser costosas, desgastantes y absorbentes.

Estas enfermedades crónicas son actualmente uno de los mayores retos que enfrenta no solo el sistema de salud en México, sino que se extiende a toda América, y ocupan gran parte de la mortalidad general en este continente, causando incapacidad prematura y un costo elevado de su tratamiento (Barba, 2018).

La doctora Gloria Ruiz (2014) investigadora del laboratorio de investigación Clínico epidemiológica menciona que las principales causas de mortalidad en México son la diabetes mellitus como la primer causa de muerte en nuestro país, seguida de las enfermedades isquémicas del corazón, en tercer lugar las enfermedades cerebrovasculares, y en último lugar las enfermedades crónicas del hígado.

Ruiz (2014) Explica que todas estas enfermedades están relacionadas con la obesidad y con el síndrome metabólico, y que en México cerca del 60 por ciento de los jóvenes de entre 18 y 49 años presenta sobre peso u obesidad que es asociada con un patrón desfavorable de lípidos y alteraciones en el metabolismo de la glucosa, incrementando la incidencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Según el Secretario de Salud, José Narro Robles (Notimex, 2018) durante la inauguración del XXXII y Geriátrica en la Ciudad de México, mencionó que la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y cáncer, son las principales causas de muerte en la población adulta mayor. En su conjunto estos padecimientos causaron durante 2016, más de 300 mil defunciones.

El Instituto Nacional de Estadística Geográfica (INEGI, 2018) en un comunicado de prensa en el año 2018, informa que de las 703,047 muertes registradas en el 2017, el 56.1% fueron hombres, y el 43.8% fue de mujeres, siendo las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres son las ECD, como las enfermedades del corazón, la diabetes, y los tumores malignos ocupando un 88.6% del total de defunciones.

De acuerdo a la OMS (2017) el número de niños y adolescentes obesos de entre 5 y 19 años de edad se han multiplicado por 10 en todo el mundo en los últimos cuatro decenios, y hace una advertencia, que si las cosas siguen así, para el año 2022 habrá más población infantil y de adolescentes con obesidad en algunos países de América Latina y el caribe, por ejemplo, los niños y los adolescentes han pasado de forma acelerada a tener predominantemente un peso demasiado bajo a presentar sobrepeso.

La etología de las ECD es variada, multifactorial, son nombradas como las nuevas epidemias, llamadas así principalmente en sociedades desarrolladas y se vinculan a las condiciones y al mal estilo de vida que las personas llevan, principalmente en zonas urbanizadas o en vías de desarrollo, los hábitos cotidianos, los malos patrones de comportamiento aprendidos en el transcurso de nuestra vida, por ejemplo: consumo de tabaco, el sedentarismo, consumo de drogas y alcohol, estrés y malos hábitos alimenticios, principalmente, todo lo que tiende a producir sobrepeso, obesidad, colesterol elevado y los malos hábitos de sueño (Lizama, 2016).

La influencia de estas conductas de riesgo, las metabólicas y fisiológicas de la epidemia mundial de las ECD abarcan las siguientes: tabaquismo, sedentarismo, el uso nocivo de alcohol, una dieta no saludable, la hipertensión, el sobrepeso y la obesidad, las infecciones relacionadas con el cáncer (OMS, 2011). Sin embargo, otros factores que también influyen en la etiología de las ECD son la edad y la predisposición genética y estos factores no pueden modificarse.

Otros de los factores determinantes para desarrollar una ECD es el consumo desmedido de drogas, como por ejemplo el tabaco y el alcohol, aunado a esto, el bajo o nulo consumo de frutas y verduras promueve también que a la larga pueda desembocar en problemas graves en la salud como es, la obesidad, aumentando la posibilidad y el riesgo de adquirir alguna ECD.

El factor genético, es decir la herencia genética, el ambiente, como ya se mencionó anteriormente, los estilos de vida y los hábitos tanto alimenticios como de actividad física también influyen en la etiología y el desarrollo de estas enfermedades que cuando son persistentes pueden llegar a convertirse en una enfermedad crónica.

Las ECD afectan a personas de toda las edades y de todo el mundo y según la OMS (2018), estas enfermedades suelen estar asociadas con grupos de edades avanzadas y los datos arrojan que 15 millones de todas las muertes a causa de las ECD se dan entre los 30 y los 60 años de edad, donde más de 85% de estas muertes son prematuras; y donde cada año matan a 41 millones de personas equivalente al 71% de las muertes en el mundo.

La mayoría de estas muertes, ocurren en países de ingresos bajos, ninguna persona, ningún familiar queda exento de padecer alguna ECD, ya sean niños, adultos o ancianos, siendo esos últimos, las poblaciones más vulnerables.

Los problemas a los que se enfrenta la familia cuando un integrante padece alguna ECD, son los excesivos costos económicos de la enfermedad, entre ellos se encuentran, las consultas médicas, los medicamentos, las intervenciones y cuidados que requiera el enfermo implica siempre un costo económico, incluso como lo menciona Grau (2016) que una de las principales problemáticas en el enfermo crónico es la accesibilidad a los costos del mercado ya que la capacidad adquisitiva en algunas ocasiones no es suficiente para solventar los gastos del tratamiento ni de la alimentación adecuada del enfermo crónico.

Se ven afectados los ingresos económicos de la familia, y más cuando el que padece la enfermedad es el principal proveedor económico del grupo familiar, estos gastos generan agobio y angustia por los gastos excesivos que se generan las visitas médicas, los medicamentos, traslados, etc., que muchas veces sobrepasan los ingresos familiares, cayendo incluso en el empobrecimiento, obligándolos a vender incluso gran parte de su patrimonio.

Muchas veces incluso los miembros de la familia se ven en la obligación de reducir su horario laboral para cuidar al familiar enfermo, disminuyendo drásticamente los ingresos familiares, aumentando el estrés y la carga emocional de la familia. Pasa también que el o los familiares tienen que pagar aun cuidador externo, como por ejemplo, algún enfermero, enfermera,

vecino, incluso pagando a otro familiar para hacerse cargo del enfermo, generando un gasto más que a veces no se tiene contemplado (OPS, 2016).

Los factores de riesgo antes mencionados en interacción con parte genética, producen y/o agravan las enfermedades crónicas, en ausencia de estos comportamientos y efectos asociados, favorecen la efectividad de los tratamientos médicos y, por ende, el mejoramiento o la recuperación (depende de la enfermedad crónica de la que se trate) y en caso de personas sanas, se relacionan con mejor calidad de vida y bienestar general (Vidal, Chamblas, García, Zavala y Müller, Rodríguez, y Chávez, 2014).

Su emergencia como problema de salud pública es el resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población. Los determinantes de la epidemia de ECD tuvieron su origen en el "progreso y la mejoría" del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional. (Córdova, Barriguete, Lara, Barquera, Rosas, Hernández, De León, Aguilar, 2006).

En México, al parecer las enfermedades crónicas son consideradas un grave problema de salud, en especial la obesidad y la diabetes mellitus. El principal componente del síndrome metabólico es la obesidad central abdominal asociada con un patrón desfavorable del perfil de lípidos y alteraciones en el metabolismo de la glucosa, que se acompañan de un incremento en la incidencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular y cerebrovascular. (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior 2014).

Las enfermedades crónico degenerativas no solo amenazan funciones orgánicas, si no también sociales y emocionales del enfermo, quien requerirá en algún momento periodos largos de tratamientos médicos incluso de hospitalización, con lo que la vida del enfermo y la de los familiares se modifica, al estar en un constante riesgo la vida del enfermo y el enfrentar diferentes niveles de incapacidad, la familia debe experimentar cambios y ajustes en sus actividades diarias.

Y si éstas actividades no son las adecuadas ni las más favorables, la familia nuclear y los cuidadores primarios tendrán consecuencias tanto en la salud física como en la psicológica como es la depresión, estrés y problemas orgánicos como gastritis, colitis, hipertensión, etc. (Reyes, Garrido, Torres, Ortega, 2010).

Tal y como lo mencionan Gershenson y Wisdom (2013), que las enfermedades crónico degenerativas no se contagian físicamente, esto no se refiere a que una persona con diabetes pueda contagiar a otra, si no que existe un contagio social, esto quiere decir que las personas que conviven con el enfermo crónico ya sea familia o cuidadores primarios pueden adoptar los hábitos que incrementan la propensión para desarrollar enfermedades crónico degenerativas como la diabetes mellitus.

Al adquirir una enfermedad crónica degenerativa la familia requiere de replantearse nuevas metas, nuevos objetivos, en ocasiones genera un cambio de vida radical el cual no siempre se está preparado para enfrentarlo, no solo el enfermo tiene que adaptarse a las nuevas actividades, sino también los familiares, la familia en la mayoría de los casos no están debidamente capacitados para

afrontar esos nuevos retos, esto genera que la familia o los cuidadores primarios lleguen a desesperarse, frustrarse, deprimirse y enojarse.

La noticia de la enfermedad muchas veces conduce, tanto a la familia como a enfermo o enferma a la depresión, esto puede conducir inclusive a presentar malos hábitos alimenticios, a la falta de ejercicio físico, a la falta de higiene, sedentarismo, etc., esta falta de actividades puede inclusive complicar la recuperación de una enfermedad crónica llegando a empeorar el estado físico en general de la persona, involucrando a la familia y/o a los cuidadores primarios, orillándolos a preocuparse por su familiar enfermo y teniendo también un autocuidado poco consistente.

Es necesario brindar apoyo no solo al familiar enfermo sino a los familiares y cuidadores primarios ya que los apoyos y los cuidados de la familia y del personal médico se centran únicamente en el enfermo y pocas veces se les brinda apoyo a los cuidadores o a los miembros de la familia, ya que estos también sufren cambios. Actualmente, revisando la literatura no se encontraron evidencias de que en las instituciones de salud, sea público o privado de que existan talleres, pláticas, ni mucho menos algún tipo de apoyo psicoterapéutico para ayudar a los familiares o cuidadores primarios a adaptarse a las nuevas dinámicas que demanda el enfermo.

Por lo general, es un pariente cercano el que se encarga de cuidar al enfermo, las parejas de los enfermos o los hijos y las parejas de estos, pero también otras personas a las que se contrata para recibir servicios de apoyo, como enfermeras o cuidadores profesionales, pero sigue siendo la familia próxima principalmente la que se encarga de esas tareas en la mayoría de los casos. La función de cuidador recae frecuentemente en las figuras femeninas, independientemente de su edad, como madres, cónyuges, hijas o

nueras, el varón por lo general se deslinda periódicamente de los cuidados poniendo como pretexto que tiene más dificultades para adaptarse a ese rol (Gómez y Escobar, 2006).

Sumado a esto, en nuestra cultura machista se considera que es la mujer quien debe encargarse de los cuidados de la familia, teniendo una sobre carga, tanto emocional como psicológica, que muchas veces no saben cómo descargar y expresar todos los sentimientos que tienen y que de alguna forma necesitan ser expresados.

En el proceso de aceptación de las enfermedades crónicas y asumir que la persona está enferma, se enfrenta a un proceso de afrontamiento sintiendo un cumulo de emociones como la sorpresa, incredulidad, incluso la negación de la situación, sintiéndose vulnerable, confundido, preocupados por su salud, por su familia y por su futuro a largo plazo, pueden incluso sentirse decepcionadas, enojadas, con miedo, tristes, sin esperanza, e incluso llegar a tener un cuadro depresivo, todos estos sentimientos son parte de un proceso de afrontamiento completamente normal.

Aunque cada persona puede reaccionar de una manera totalmente diferente, la incertidumbre de lo que pueda llegar a pasar es otra de la carga psicológica por la que tiene que pasar el enfermo, la familia y los cuidadores. El apoyo de la familia juega un papel sumamente importante en este proceso de afrontamiento ya que con su apoyo pueden ayudar a mejorar el estilo de vida del familiar enfermo.

Que el paciente reconozca, acepte y busque ayuda es importante, y es recomendable que los familiares hagan lo mismo, buscar ayuda con profesionales de la salud debidamente acreditados, ya sea psicoterapia individual o grupal, esto se recomienda para expresar, realizar catarsis y expresar sus sentimientos. Incluso informarse con el médico sobre las características de la enfermedad que aqueja al familiar, tener conocimiento más amplio y adecuado, sobre los cuidados y la ayuda correcta y apropiada que debe de tener el familiar para tener un mejor calidad de vida, no solo para el enfermo, sino también para la familia, incluso esto puede aumentar el autoestima y el fortalecimiento de su “yo”, tanto para el enfermo como para los (las) cuidadores (as).

El aceptar y readaptarse a un nuevo estilo de vida no es fácil, ya que implica y requiere de tiempo, paciencia, solidaridad, comprensión y mucho apoyo, por parte de toda la familia o de las redes de apoyo que puede tener la persona y la familia en cuestión, esto puede ayudar a que se tenga una mejor relación, comunicación e incluso sobrellevar la enfermedad de una mejor manera.

En nuestro país es de suma importancia y urgente que se implementen estrategias adecuadas para la prevención a poblaciones desprotegidas y vulnerables, como son los niños y los adultos con el fin de tomar medidas preventivas, y los cuidados adecuados, así como entender significativamente los factores que influyen y son determinantes para favorecer el desarrollo de una ECD.

2.1 Factores de riesgo:

Según la OMS (2020) un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o alguna lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de saneamiento de los grupos, ya sea familia, de las sociedades, de las diferentes comunidades se pueden presentar más posibilidades que otros, de sufrir a largo plazo ENT, así como muertes prematuras, en la literatura se ha reiterado que los que sufren más son los grupos o sociedades vulnerables donde no existe el conocimiento adecuado de las diferentes enfermedades, incluso de los hábitos diarios que sin darse cuenta son dañinos para su salud.

Según el IMSS (2018) la sal y el azúcar son dos componentes que detonan estas enfermedades, pero son necesarias para el buen funcionamiento del organismo, la sal es adecuada para el mantenimiento de la presión en la sangre y los fluidos extracelulares, por otro lado la azúcar proporciona energía al organismo para trabajar adecuadamente, pero el exceso de sal y azúcar pueden ser los principales detonantes para el desarrollo de las enfermedades crónicas, ya que las altas dosis de glucosa generan daños en el riñón, el corazón y el páncreas, además del sobrepeso y padecimientos cardíacos.

Las ECD, como ya se ha visto son los principales causantes de la mortalidad, no solo nacional, sino mundial, y esta tasa de mortalidad se relaciona principalmente con la presencia de factores de riesgo en las personas que

promueven e intervienen en la evolución de dichas enfermedades, los cuales se asocian con los estilos de vida de cada una de las personas, sus costumbres, sus hábitos, la educación, las características demográficas y la globalización.

2.1.2 Equilibrio emocional:

La ansiedad y la depresión, son características habituales en pacientes con enfermedades crónicas, además de sufrirlas también los familiares. El modo de afrontamiento de dichas emociones, influye en la forma de adaptarse a la enfermedad. La regulación de las emociones incluye dos categorías. En primer lugar, se menciona la evitación y la inhibición de las emociones, que es el resultado de una inadecuada adaptación a los cambios que se están presentando y que puede empeorar el curso de la enfermedad.

Sin embargo, la expresión y el conocimiento de las propias emociones pueden permitir una mayor adaptación a las nuevas situaciones.

La actividad física tiene un efecto beneficioso no solo en la salud física de las personas, sino también sobre los estados emocionales de estas. Mejora la sensación de bienestar mental y puede mejorar las funciones cognitivas, e incluso proporcionar una disminución del riesgo de padecer determinados tipos de demencia.

2.1.3 La mala alimentación:

La alimentación ha sido y será parte esencial del ser humano, ya que gracias a la alimentación depende que el individuo tenga una vida adecuada y sea de calidad, pero no solo es comer por comer, la alimentación debe de ser balanceada, equilibrada, sin llegar a caer en la exageración de ingesta, principalmente alimentos que tengan que ver con un alto contenido calórico ni grasas saturadas.

Los buenos hábitos de alimentación, se deben adquirir desde que la persona es pequeña, siguiendo la línea de desarrollo psicoanalítico, es la madre quien nos trasmite y enseñe ese cuidado que debemos tener para con nosotros mismos; ya que a lo largo de nuestro desarrollo si se transmitió adecuadamente, este cuidado este se seguirá desarrollado a lo largo de nuestra vida, pero si sucede lo contrario, en individuo crecerá con inadecuadas costumbres de autocuidado y las carencias afectivas y de autocuidado, repercutirá en el transcurso de la vida, incluyendo las conductas alimentarias, aumentando la probabilidad de ser una persona con alguna ENT, como la diabetes, obesidad, principalmente.

Este autocuidado, del que se mencionó lo respalda la teoría psicoanalítica, mencionando que es la madre, la principal proveedora de la enseñanza del autocuidado, y si se transmite adecuadamente, esta enseñanza trascenderá por décadas, ya que tiene introyectado e inherente en amor, el cariño y el afecto no solo hacia sus principales relaciones afectivas, sino que también hacia sí mismo.

Una adecuada ingesta alimentaria (brindada por los padres, principalmente la madre) asegura al infante un buen crecimiento y desarrollo, generando una adecuada ingesta de nutrientes durante el desarrollo, dando como resultado adecuadas condiciones en el crecimiento, ayudando a tener un buen desarrollo físico, y psicosocial (Butte, 2000). Esto evita problemas en el organismo a largo plazo.

La alimentación durante las primeras etapas del desarrollo del niño es importante y esencial, además debe ser un tema de atención prioritaria en el

sistema de salud, ya que una nutrición correcta durante esta etapa puede ser vital para conseguir un crecimiento y estado de salud óptimos. Igualmente permite la adquisición de unos determinados hábitos alimentarios, que posteriormente serán difíciles de cambiar (Requejo y Ortega, 2000).

Actualmente se considera que los hábitos alimentarios han cambiado, y se caracterizan por ingerir alimentos ricos en grasas, además de caracterizarse por ser alimentos rápidos, procesados con exceso de azúcares y grasas, sin ningún contenido vitamínico que ayude a la salud del consumidor, que tendrá repercusiones en el estilo de vida de las personas, obteniendo un futuro incierto respecto a su salud, con uno o varios problemas en el organismo, dificultando y poniendo en riesgo su calidad de vida.

Esta falta de consumo de nutrientes, y la mala alimentación y hábitos desfavorables que se lleva a lo largo de mucho tiempo, desemboca en problemas graves de salud o en alguna ECD. Otero (2012) menciona que otro factor importante para el desarrollo de algunas enfermedades no transmisibles como la obesidad o la diabetes, es el factor psicológico ya que quien padece alguna ECD puede desarrollar depresión, la cual a la larga puede generar otros problemas emocionales y físicos que pueden ser graves.

2.1.4 Sedentarismo:

El sedentarismo es considerado actualmente como un problema de salud pública a nivel mundial, debido a los graves problemas de salud que implica un estilo de vida sedentario. El sedentarismo se refiere a la falta o nula actividad física, cuando no se realiza una cantidad mínima de movimientos diarios, (de 25 y 30 minutos), que requiera un gasto energético que se da en realizar por lo menos actividades cotidianas. Entre

estas actividades se encuentran las que se realizan al aire libre, las actividades domésticas, caminar, usar bicicleta, practicar algún deporte, etc. (Varela, Duarte, Salazar, Lema, y Tamayo, 2011).

Gámez (2005) sugiere que la actividad física moderada, es decir la que se realiza con una frecuencia de dos a tres veces por semana durante un mínimo de 20 a 30 minutos podría prevenirse las consecuencias del sedentarismo. Entre los beneficios se encuentran el aumento de la plasticidad neuronal, favorece la memoria visual y el aprendizaje, la activación del sistema nervioso simpático, estimula la liberación de noradrenalina y dopamina, que ayuda a mejorar el estado de ánimo, además de tener influencia positiva en el desempeño escolar con respecto a al área matemática y la lectura (Hillman, Erickson, Kramer, 2008).

Según la OMS (2020) se considera actividad física a cualquier movimiento corporal, producido por los músculos esqueléticos que exija el gasto de energía, incluyen las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas. Cabe señalar que la actividad física no se debe confundir con el ejercicio, que es una subcategoría de actividad física que se plantea, está estructurada, es repetitiva, teniendo como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes del estado físico (OMS, 2018).

La OMS (2020) sugiere que la actividad física tiene como beneficios:

- La reducción de riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer de mama y de colon y la reducción de problemas psicológicos como la depresión.

- Existe un mejoramiento de la salud en general, la salud ósea, además de ser fundamental para el equilibrio calórico y el control de peso.
- Otros efectos beneficiosos se refieren a la reducción de la incidencia y prevalencia de osteoporosis, disminuyendo el riesgo de caídas y fracturas, y un menor riesgo de trastornos depresivos y de ansiedad (Varo, Martínez, Martínez, 2003).

Como ya se ha venido viendo, los bajos niveles de actividad física son determinantes fundamentales del desarrollo y mantenimiento de la obesidad, cuya prevalencia en nuestra actualidad, alcanza niveles alarmantes.

2.1.5 Obesidad:

México se encuentra dentro de los primeros cinco países con una mayor prevalencia de esta enfermedad, de año 2000 al 2016, aumento de obesidad en las mujeres adultas fue de 28% a 38,6% y en hombres de 19% a 27,7%. Ruiz, Bacardí y Jiménez (2019). Estos resultados hacen pensar que las políticas y las estrategias que se han venido utilizando no han funcionado correctamente, han fracasado. Estas estrategias deben de ser replanteadas y adoptar nuevas estrategias basadas en evidencias contemplando y tomando en cuenta las características culturales de nuestro país, además de realizar intervenciones tempranas.

Este problema en nuestro país, representa un alarmante problema de salud pública ya que existen alarmantes cifras de esta enfermedad y su tasa de mortalidad debería de poner en alerta a las autoridades de salud correspondiente a planear e implementar las estrategias adecuadas para prevenir y controlar el aumento de este

factor de riesgo en la población, principalmente en los niños, que es donde comienzan los malos hábitos alimenticios.

La obesidad y el sobre peso son parte de los retos más importantes en nuestra actualidad y uno de los retos más primordiales de la salud pública no solo de nuestro país, sino de todo el mundo y van en aumento significativo, además de incrementar el riesgo de padecer ECNT, las muertes prematuras, la reducción de la calidad de vida de las personas, incluyendo el costo social de la salud.

Estos problemas tienen que ver con conducta alimenticia del individuo y se refiere a un conjunto de acciones que se establecen en la relación del ser humano con los alimentos, se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, por imitación de modelos, disponibilidad de alimentos, status social, incluso las tradiciones culturales, también interfieren las influencias sociales, así como la genéticas y la psicológicas, simbolismos afectivos, entre otros, que van deteriorando enormemente la calidad de vida de los pacientes con este tipo de enfermedad (Daza, 2002).

La obesidad según Guerra, Vila, Apolinaire, Cabrera, Santana y Almaguer (2009), pone en riesgo el ámbito biológico, psicológico y social. Los peligros biológicos se manifiestan a corto, mediano y largo plazo, expresándose por diferentes enfermedades, por ejemplo afectan el sistema respiratorio y son frecuentes las apneas durante el sueño, existe menor condición física al realizar ejercicio y la persona se fatiga con facilidad, además la persona puede desarrollar asma, afectando la función pulmonar.

Otras de las consecuencias que puede acarrear el tener sobre peso y obesidad son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, trastornos de aparato locomotor y algunos tipos de cáncer, (endometrio, mama y colon), artrosis entre otras. (Moreno, 2012).

Barrera, Rodríguez y Molina (2013) por su parte, mencionan que la obesidad tiene un origen multifactorial, en donde se involucra el factor genético, el estilo de vida que lleve el individuo así como su entorno, la globalización, su cultura, su educación, su entorno social e incluso la condición económica, todo esto juega un papel fundamental en el comportamiento individual, en el entorno familiar y en su ambiente social. Y puede aumentar diez veces más el riesgo de padecer diabetes tipo 2 y otras ECD.

2.1.6 Tabaco:

El tabaquismo es otra de las principales causas de mortalidad en el mundo, ocasionando millones de muertes, además de ser una sustancia sumamente adictiva, es aceptada socialmente. En México, según el IMSS (2018), informa que en nuestro país mueren 135 personas al día, además de que el tabaquismo en nuestro país es considerado uno de los problemas de salud ya que el 18.5% de la población son fumadores, esto quiere decir que 14 millones de personas son fumadores (IMSS 2018). Actualmente se considera que el tabaquismo es la pandemia del siglo XXI. (Páez, 2014)

El tabaco, uno de los factores de riesgo que más influye en la aparición de enfermedades crónico degenerativas, que no solo daña a la persona fumadora, sino que a las que estén expuestos a inhalar el humo (según la OMS, 2019, el tabaco mata a más de 7 millones de personas, los cuales son consumidores directos y aproximadamente 1,2

millones no son fumadores y están expuestos al humo ajeno) causando problemas como: enfermedades cardiovasculares, respiratorias, y el desarrollo de cáncer.

En el humo del tabaco existen alrededor de 4000 productos químicos conocidos, y al menos más de 50 de estos químicos son causantes del 90% de casos de cáncer en el ser humano, asociándose con otro tipo de enfermedades como por ejemplo: enfisema, bronquitis, accidentes cerebrovasculares, problemas cardiacos, enfermedades cardiovasculares, incluso puede provocar infertilidad (Moreno y Medina, 2008). Las complicaciones de estas enfermedades se vuelven evidentes a largo plazo para culminar en una ECNT, reduciendo la calidad de vida del individuo.

Algunos de los elementos químicos que se encuentran en el humo del tabaco incluyen: la nicotina, es el que produce el efecto que los fumadores buscan, ácido cianhídrico, formaldehído, plomo, arsénico, amoniaco, puede contener incluso uranio, un elemento radioactivo, benceno, monóxido de carbono, nitrosaminas, hidrocarburos aromáticos policíclicos (Smith, Andrews, Brooks, Fedewa, Manassaram, Saslow, y Wender, 2017), además de cadmio, berilio, arsénico, níquel y cromo, muchos de estos elementos son los causantes del cáncer.

Ruiz, Rodríguez, Rubio, Revert y Hardisson (2004) mencionan que existe una relación entre el tabaquismo y el estado nutricional del paciente, por ejemplo: el fumar altera el sentido del gusto y del olfato, disminuyen las contracciones del estómago lo que aminora la sensación de hambre, el hígado impide una adecuada absorción de la vitamina B, la nicotina del cigarro aumenta hasta en un 10% más

el gasto energético, el humo generado por el tabaco aumentan los radicales libres, existe una disminución de la sensibilidad a la insulina y dislipemias (alteración en los niveles de lípidos); y cuando existen Diabetes I y II el fumar aumenta la probabilidad de sufrir nefropatía diabética (enfermedades del riñón) aumentan.

Cuando una persona consume un cigarro (fumador activo), no solo le afecta a este, sino que también perjudica a los que están a su alrededor y no consumen cigarro (fumadores pasivos), ambos absorben los componentes que el humo del tabaco contiene a través de las vías respiratorias. El consumo a largo plazo, puede provocar insuficiencia cardiaca, espasmos en las arterias coronarias, reduce la capacidad de la sangre para disolver los propios coágulos, etc.

2.1.7 Alcoholismo

El alcohol, es una sustancia psicoactiva que causa dependencia progresiva, se caracteriza por tolerar dependencia física y por cambios orgánicos y patológicos, ha sido utilizada en muchas de las culturas a lo largo de la historia, además de que su consumo está muy arraigado en nuestra sociedad y en nuestra cultura.

Según la OMS (2018) cada año se producen 3 millones de muertes a causa del consumo de esta droga, que representa el 5.3 % de todas las defunciones; además de ser un factor determinante en más de 200 enfermedades y trastornos, además acarrea consecuencias sanitarias, perdidas sociales y económicas, tanto para el consumidor, como para la sociedad.

El consumo abusivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de las ECD, pero además, es una enfermedad que puede prevenirse. Su consumo está relacionado con el desarrollo de cáncer de boca, faringe, laringe, esófago,

hígado, colon, recto y mama femenina, además de tener relación con la enfermedad hepática, como el hígado graso, hepatitis alcohólica, y cirrosis, siendo estos últimos los más comunes, su ingesta desmedida puede repercutir en una inadecuada calidad de vida en el individuo enfermo y su familia cercana. (NCD Alliance, 2017).

A la larga, el consumo nocivo de alcohol terminará por degenerar el cerebro pudiendo generar convulsiones y delirios. El consumo exagerado viene de la mano con trastornos secundarios como la gastritis, indigestión, úlcera estomacal, trastornos hormonales, e impotencia sexual, además de producir disfunción eréctil en hombres y en mujeres puede producir amenorrea.

Entre otras consecuencias del alcoholismo, se encuentra el consumo durante el embarazo causando el denominado, síndrome alcohólico fetal, refiriéndose a problemas físicos, mentales y de crecimiento que se pueden presentar en un bebé, cuando la madre ingiere alcohol durante su embarazo, el bebé puede nacer con una formación inadecuada de órganos, produciendo cardiopatías congénitas, alteraciones esqueléticas, anomalías urogenitales, rasgos como, pequeños ojos, labio superior delgado, entre otros, etc. (Fuentes, Vidal, Fuentes, López, 2009), a largo plazo puede generar en el niño nacido, una enfermedad crónica degenerativa, que requerirá de cuidados especiales.

2.1.8 Hipertensión arterial

La hipertensión es otro de los factores importantes y de riesgo que sobresale con respecto a la mortalidad en nuestro país, la OMS (2020), menciona que la hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un

trastorno donde los vasos sanguíneos presentan una tensión persistentemente alta y que puede llegar a dañarlos. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos, es decir las arterias y cuando más alta es a tensión, más esfuerzo necesita el corazón para bombear.

Esta enfermedad se relaciona con enfermedades aterosclerótica cardiovascular, eventos cerebrovasculares, insuficiencia renal y enfermedad vascular periférica y lo que hace es disminuir la calidad de vida y la supervivencia de la población (Régulo, 2006).

La hipertensión en la mayoría de los casos, no puede ser curable, pero si se puede controlar, para ello se debe de seguir un tratamiento de por vida para bajar la presión y mantenerla estable, además de recibir tratamiento farmacológico recomendado por un médico especialista. Se debe regular el consumo de sal y alcohol, y realizar actividad física con regularidad (Ministerio de salud, S/F).

Las causas que afectan la presión arterial son variables, por ejemplo: la cantidad de agua y de sal en el cuerpo, el estado de los riñones, el sistema nervioso o los vasos sanguíneos, incluso los niveles hormonales. La persona debe de estar en tratamiento de lo contrario, puede repercutir en la presión arterial generando otras afecciones médicas, como pueden ser: enfermedades del corazón, accidentes cerebro vasculares, insuficiencia renal, problemas en los ojos y otros problemas de salud (Medline Plus, 2020).

2.1.9 Diabetes Mellitus

Esta enfermedad es otra de las principales causas de muerte no solo en nuestro país, sino que en todo el mundo, y se ha convertido rápidamente en una epidemia de nuestro siglo, esta enfermedad según Hernández, Gutiérrez y Reynoso (2013) afirman

que en su primera etapa no produce síntomas, pero si no se detecta de manera oportuna, traerá graves consecuencias a la salud, como por ejemplo infartos al corazón, ceguera, falla renal, amputación de extremidades inferiores, incluso muerte prematura.

Según la OMS (2020) la diabetes es una enfermedad crónica que se da cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce, la insulina es una hormona que tiene como función regular el azúcar en la sangre, y el efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento de azúcar en la sangre) y a la larga daña gravemente los órganos y los sistemas, en especial los nervios y los vasos.

Existen dos tipos de diabetes: diabetes tipo 1 y 2, El primer tipo antes llamado diabetes juvenil o insulino dependiente, donde el sistema inmune del organismo destruye células que liberan insulina del cuerpo, los síntomas de esta diabetes comienzan en la juventud, este tipo no se puede prevenir (Cigna 2019). La segunda se refiere a que el cuerpo no puede usar la insulina en forma adecuada, la persona no puede presentar síntomas y por lo general se detecta en la edad adulta, esta enfermedad se puede prevenir, con un estilo de vida más saludable, comer sano y realizar ejercicio (Cigna 2019).

En nuestro país, la diabetes tipo 2 es un de las principales causas de enfermedades crónicas degenerativas, por ejemplo la ceguera, insuficiencia renal crónica y amputación no traumática, además de que es una de las 10 causas más frecuente de hospitalización en adultos, además de aumentar el riesgo de sufrir infarto al miocardio o cerebral (Rull, Aguilar, Rojas, Ríos, Gómez y Olaiz, 2005).

Escobedo (2013) menciona que existen factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad por ejemplo, la edad, ya que a mayor edad, tiende a incrementarse el riesgo de sobrepeso o de obesidad, tener antecedentes familiares de primer grado, tener una vida sedentaria, pertenecer a un grupo étnico de alto riesgo o haberse identificado prediabetes con anterioridad. Otros factores de riesgo son: la diabetes gestacional, el síndrome de ovarios poliquísticos y la historia de enfermedad vascular. El estar inmerso en ambientes de consumo de alimentos chatarra puede generar también este tipo de enfermedad.

2.1.10 Enfermedad crónica renal

Esta enfermedad puede ser adquirida por cualquier persona, algunos con mayor susceptibilidad que otros, además de que ciertas condiciones pueden maximizar el riesgo, por ejemplo, padecer diabetes, presión arterial alta, padecer enfermedades del corazón, ser mayor de 60 años. En ocasiones esta enfermedad puede ser asintomática, y la única forma para ser diagnosticada es mediante la realización de exámenes médicos.

La enfermedad crónica renal, es descrita por la Organización Panamericana de la salud (OPS, 2020) como la pérdida gradual de la función renal. Los riñones son los encargados de filtrar los desechos y el exceso de líquido en la sangre, para ser desechados por la orina, y cuando esta enfermedad alcanza un nivel avanzado existen niveles peligrosos de líquidos, electrolitos y los desechos pueden acumularse en el cuerpo. Donde los signos y síntomas se desarrollan con el paso del tiempo y el daño renal puede avanzar lentamente. (OPS, 2020).

Una vez que los riñones pierden su función, dejan de producir hormonas, las cuales ayudan a regular la tensión arterial, además de ayudar a estimular la producción

de glóbulos rojos, regula también la adecuada producción de vitamina D, la cual es esencial para la absorción de calcio de los alimentos y mantener los huesos adecuadamente saludables (Clinic Barcelona, 2020). No existe tratamiento para esta enfermedad pero puede retrasarse con medicamentos, y si los riñones llegan a fallar, se necesitará de dializar a la persona, incluso puede requerir de un trasplante de riñón.

Existen evidencias de que un tratamiento prematuro de esta enfermedad puede retrasar su progresión, incluso prevenir las complicaciones y reducir el riesgo asociado a la enfermedad cardiovascular (Canel, Greco, Weisman, Procupet, Kaufman, Jaime y Acuña, 2013). En algunos casos la enfermedad avanza de forma silenciosa, y en otros casos no se diagnostica en los primeros síntomas, que pueden incluir: náuseas, vómitos, pérdida de apetito, fatiga y debilidad, incluso problemas de sueño, cambios en la producción de orina, disminución de la agudeza mental, espasmos y calambres, hinchazón de pies y presión arterial alta (OPS, 2020).

La única manera de mantener al margen a esta enfermedad es alimentarse con menos sal, si se padece alguna otra enfermedad crónica degenerativa como la diabetes, se debe también de controlar, consumir menos alcohol, alimentarse con alimentos saludables, comer frutas, verduras, alimentos bajos en grasa, mantener un peso adecuado, realizar ejercicio o alguna actividad física, además de no consumir cualquier tipo de droga (Medlineplus, 2020).

2.2. Prevención:

Múltiples estudios han señalado que muchas de las Enfermedades Crónicas Degenerativas pueden prevenirse, disminuir su prevalencia o retrasar su llegada.

Mucho se coincide en la falta de actividad física, la mala alimentación, el uso de drogas, que son los principales determinantes en desarrollar alguna ECD, el cambio de hábitos más saludables son fundamentales para gozar de una buena salud.

Se ha expuesto que los factores de riesgo que se presentan en la infancia son indicadores de que un adulto en su futuro esté en riesgo y que la exposición a factores de riesgo cardiovascular en etapas muy tempranas de la vida pueden generar cambios en el organismo, contribuyendo al desarrollo de ENT, por eso es importante promover y realizar un estilo de vida saludable en las primeras etapas del niño para prevenir enfermedades en un futuro (Vázquez, 2007), además de un adecuado cuidado de la madre, así como atención, afecto, cariño y amor, enseñarle a mantener un adecuado autocuidado.

Algunos de los aspectos a considerar para la prevención de este tipo de enfermedades son: seguir con una dieta adecuada, realizar ejercicio de forma regular para así mantener un peso adecuado, contar con mecanismos de afrontamiento del estrés, tener horas de sueño apropiados (Espinoza, 2015). Se debe de tener una dieta balanceada y adecuada, además de eliminar la ingesta de alcohol y otras drogas.

2.2.1 Factores determinantes clave de las enfermedades crónicas:

Según la Organización Panamericana de la Salud (2007), describe factores que son determinantes para el desarrollo de enfermedades crónicas y menciona que entre ellos se encuentran:

La influencia del entorno internacional: se refiere a la globalización, la urbanización, tecnología y las migraciones.

Factores determinantes ambientales: las condiciones sociales, económicas, políticas, las condiciones de vida y trabajo, la infraestructura física, el ambiente, la educación el acceso a los servicios de salud y los insumos médicos esenciales.

Factores de riesgo conductuales: se refiere al consumo de tabaco, los regímenes alimentarios insalubres; la inactividad física y el consumo de alcohol.

Los factores de riesgos biológicos modificables y no modificables: Los primeros se refiere al exceso de peso y la obesidad, los niveles de colesterol elevados, la hiperglucemia, la hipertensión. Los segundos se refieren a la edad, el sexo, los factores genéticos, la pertenencia a una raza determinada.

2.2.2 Intervención psicológica en las enfermedades crónicas degenerativas

La psicología de la salud se encarga de estudiar las variables que mantienen a las personas saludables de una forma bio-psico-social, esto quiere decir, de forma integral, en donde el sistema biológico hace referencia al estado físico y genético de las personas, el sistema psicológico y el sistema social, se refieren a la parte cultural, de los valores, y normas del contexto en donde se la persona se desenvuelve y la forma de su dinámica con respecto a sus actividades,

estas tres variables es lo que se denomina: estilo de vida de las personas, es decir, su forma de vivir (Álvarez, 2017).

Esto permite entender, evaluar, explicar la dimensión del problema para poder llegar a adecuadas investigaciones, realizar intervenciones y ayudar a prevenir enfermedades, así como generar adecuadas estrategias para rehabilitaciones y promover un estilo de salud, adecuados para las personas.

Grau (2016) dice que las modalidades de atención psicológica que son más frecuentes con pacientes con ECD son centradas en medidas para obtener una mejor comunicación entre el paciente y el equipo de salud, además de motivaciones para involucrar al paciente en su tratamiento, mejorando su constancia al tratamiento psicoterapéutico, donde se incluyen diferentes tipos de psicoterapias entre ellas la psicoterapia breve, psicoterapia familiar, de pareja, psicoterapia de grupo, grupos de apoyo social, etc.

Al existir dentro de la familia un enfermo crónico conlleva desajustes que afectan a las dinámicas familiares, donde muchas veces el cuidador primario es quien lleva todo el peso y son quienes deberían de ser un foco de atención donde el psicólogo tiene que intervenir, esta intervención tiene que basarse principalmente en la ética profesional, el respeto, el acompañamiento adecuado, tratar adecuadamente los síntomas que influyen en el padecimiento físico y psicológico. El psicólogo debe fomentar la información y las herramientas convenientes para afrontar los problemas que aquejan a los cuidadores y brindarles la información sobre la enfermedad así como los recursos adecuados para que su malestar disminuya.

La dimensión psicológica en el ámbito de la salud implica también estudiar y tomar en cuenta los factores cognitivos, emocionales, de comportamiento y sociales, asociados a la salud y enfermedad física de las personas, integrando aportaciones de las diferentes disciplinas psicológicas y favoreciendo y colaborando en diseños y aplicación de programas de educación e intervenciones individuales, grupales, incluso comunitarios para promover la salud, proponer programas de prevención, y formular un tratamiento y si la situación lo requiere, realizar rehabilitación de la enfermedad en cuestión y así conseguir una mejor calidad de vida, no solo para los enfermos, sino también para los familiares.

Álvarez (2017), realizó un trabajo con personas que padecen ECD, y sus cuidadores primarios, y se enfocó principalmente en una serie de principios de las ideas metodológicas de Vygotsky (2000), adaptadas a los procesos de la salud-enfermedad desde una perspectiva psicológica, que es la siguiente:

Primer principio: análisis del proceso, no del objeto; es decir estudiar el proceso de evolución de salud-enfermedad en las personas, no únicamente de la enfermedad, no como una relación estática entre persona-enfermedad, sino como un proceso dinámico. Es decir que no se enfoca en la evolución de la enfermedad, si no en la evolución de la de la persona-enfermedad, estudiando el desarrollo de los componentes-constituyentes, pensamientos, emociones, comportamientos, relaciones sociales, etc. En la enfermedad como los síntomas, medicamentos, tratamiento(s); entender cómo las personas viven una situación de salud-enfermedad, el cómo se adapta o no, como se transforma de forma psicológica dentro de los procesos de salud, enfermedad, todo esto con la

finalidad de entender los cambios y así poder intervenir de forma adecuada en cada uno de estas áreas.

Segundo principio: explicación vs descripción: se refiere a no quedarse solo con aspectos externos de los fenómenos, se debe entender los fenómenos, complementarlos, entendiendo lo que estos significan dentro del proceso, ya que los aspectos externos pueden tener orígenes diferentes. Por ejemplo, la tristeza, que puede tener distintas causas. En la psicología de la salud se debe apuntar al origen-esencia de las manifestaciones externas, a los orígenes internos, con la complejidad que implica el la realidad externa de la persona.

Tercer principio: hábitos-comportamientos rígidos; las personas crean hábitos a lo largo de su desarrollo, y algunos de estos pueden ser un obstáculo en una situación de enfermedad, ya que muchos de estos hábitos se han ido arraigando y serán más difíciles de cambiar, esto nos da a entender que nuestro trabajo tiene que ser un proceso de cambio, de transformación, no solo al enfermo, sino también a los cuidadores.

La recomendación para que el cuidador o los cuidadores primarios se mantengan saludables de forma bio-psico-social, es que también estos sean atendidos de forma adecuada y oportuna, o de lo contrario en las instituciones de Salud Pública, brindarles espacios para sobrellevar su carga emocional y afectiva, y si la Institución no cuenta con la ayuda pertinente, canalizarlo con profesionales de la salud que puedan brindarles la ayuda correspondiente, de lo contrario toda la carga psicológica derivará en sufrimiento, angustias, miedos, ansiedades, etc., desembocando en problemas que repercutirán en su salud, sus relaciones sociales, malestares y sufrimiento físicos y/o psicológicos, los cuales se abordarán en el siguiente capítulo.

Capítulo 3. El sufrimiento psicológico de los cuidadores primarios.

El sufrimiento psicológico ha estado adherido al ser humano desde que tuvo consciencia, y ha ido evolucionado de acuerdo con los distintos momentos históricos de nuestra sociedad. En nuestra actualidad el trabajo con personas que presentan este tipo de padecimiento ha sido muy escaso al menos en nuestro país, y no ha sido un tema relevante para el sistema de salud ni en México, ni en el mundo.

Puede existir malestar psíquico sin dolor físico, pero no dolor físico sin malestar psíquico pues este siempre acompaña de aquel. El dolor entonces es un fenómeno psíquico: toda la experiencia de dolencia es psíquica (Tossani, 2013). Entonces, es el malestar concebido como real, inevitable e innegable, que desde lo profundo de la psique sale a la vida, la inhibe y la amenaza.

Schneidman (1993) propone que el dolor psicológico es provocado por necesidades especiales frustradas en la persona, por ejemplo ser amado, tener el control, la protección de la propia imagen, evitación de la vergüenza, sentirse seguro y además comprendido, y sin su autosatisfacción el individuo no podría seguir viviendo. Y la frustración de estas necesidades causa una serie de emociones tales como la culpa, vergüenza, el sentirse derrotado, con dolor y sin esperanza e incluso rabia, y es cuando el dolor alcanza una elevada intensidad, y el individuo busca escapar de este sufrimiento a toda costa.

En una investigación realizada por Torres, Beltrán, Martínez, Saldívar, Quesada, y Cruz (2006) Mencionan que el trabajo de un cuidador lleva por lo general un abanico de problemas: físico, psicológico y socio familiar, los cuales originan un síndrome que es necesario diagnosticar y tratar para prevenir su agravamiento.

El ser un cuidador primario tiene repercusiones negativas tanto en su salud física como en la psicológica ya que puede existir un descuido de sus propias necesidades al tener que llevar un papel o rol que implica.

Las necesidades de los cuidadores son bastantes y muy diversas, y conforme la enfermedad avanza éstas se volverán más complejas y diversas, además de que un cuidador no está preparado para invertir 24 horas de su vida al cuidado de otra persona, y esto genera regularmente en el cuidador sentimientos de vulnerabilidad, enojo, tristeza, miedo, soledad e incluso sentimientos de culpa.

Estos cuidadores no disponen de capacitación adecuada, ni mucho menos son remunerados por lo que hacen, teniendo un elevado compromiso hacia la persona enferma (Ruiz y Nava, 2012) caracterizado por la responsabilidad, el compromiso, el afecto, etc., sin establecerse muchas veces horarios de cuidado, olvidándose incluso de sí mismos.

Sumado a eso, la falta de técnicas y el manejo de estrategias adecuadas para su cuidado hacen que el cuidador primario se sienta con malestar psicológico y agotamiento, ante el arduo trabajo que conlleva el tener a un enfermo degenerativo.

Estos cuidadores primarios, ante el cuidado continuo del enfermo crónico, también necesitan comprensión, apoyo integral y cuidados en su salud, ya que si no lo hacen muchas veces sucumbe ante la angustia y la desesperación, que pueden generar angustia, ansiedad y depresión llegando al punto de medicarse, y en algunos casos caer en adicciones (Camacho, Zapata y Gabriela, 2016).

Actualmente en nuestro país, los cuidadores no cuentan con niveles óptimos para llevar a cabo su labor de cuidadores de una forma adecuada, requieren de desarrollo de

planes adecuados, requieren aumentar la educación de los cuidados y de la enfermedad del propio enfermo crónico, además de un entrenamiento y seguimiento con la finalidad de promover la calidad y la continuidad del cuidado.

La literatura coincide en que el hacerse cargo de una persona enferma durante periodos largos de tiempo pueden a largo plazo desencadenar problemas de salud en el encargado del enfermo, ya que al estar sobrecargado de trabajo, comienzan a notarse alteraciones a nivel físico, como por ejemplo, cefaleas, cansancio, vértigo, insomnio, dolores musculares, etc. afectando la calidad de vida de los cuidadores.

El sufrimiento psicológico o dolor emocional, es un concepto relativamente nuevo, ya que ha comenzado a utilizarse en esta última década, donde las investigaciones han sido escasas y limitadas.

Existen en la literatura términos relacionados al sufrimiento psicológico, por ejemplo: dolor mental, dolor psicológico, dolor emocional, padecimiento psicológico, malestar psicológico, etc., este sufrimiento se caracteriza por la exposición a estímulos psicológicos perjudiciales, incluso este puede ser más cruel, e incluso puede llegar a ser más incapacitante, llevando a la persona a la depresión, y en el peor de los casos al suicidio.

El sufrimiento o malestar es caracterizado por tener niveles variables de estrés, desmoralización, disconfort y desasosiego, este tipo de malestar permite obtener información sobre la autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían ser determinantes en un problema de salud mental no correspondiente a una sintomatología no psicopatológica, manifestándose con llanto, ansiedad, bajo estado de ánimo, irritabilidad, etc., percibida únicamente por la persona, generando a corto o

mediano plazo egodistonía, percibida incluso por las personas cercanas. (Páez, Iraurgi, Valdoseda y Fernández, 1993).

Este sufrimiento corresponde además a una serie de sintomatologías, como la ausencia de concentración, dificultad para memorizar o resolver problemas, carencia en las habilidades de estudio, escasa productividad, menor rendimiento académico, principalmente en estudiantes o personas con un requerimiento elevado en la intelectualidad.

Nuestra sociedad actual como ya hemos visto anteriormente, tiene como reto, brindar prioridad a la salud psicológica, entre estas prioridades se encuentran los cuidadores primarios, estos necesitan tener una mejor calidad de vida, ya que al brindarle apoyo al cuidador, no solo se beneficiará a este, sino también al enfermo.

Se considera que no sólo la familia es el sistema principal de los cuidadores, sino también participan hijos, hijas, sobrinos, sobrinas, amigos (as) cercanos(as), vecinos, enfermeros, enfermeras, etc. Estas personas son consideradas como cuidadores, y son un elemento clave en el apoyo del enfermo a lo largo de su padecimiento degenerativo, pero si no se trata adecuadamente su salud psicológica y física de la persona a cargo del cuidado, las consecuencias que podría generar en la salud del cuidador, aunado a los continuos cuidados y demandas que requiere el enfermo, degradará de manera paulatina la propia salud del cuidador, incidiendo también en su calidad de vida.

Si volteamos la mirada a las familias que tienen algún enfermo crónico, las principales tareas con respecto a los cuidados formales, recaen principalmente en las mujeres de la familia, esposas, hijas, hermanas, tías, sobrinas, nueras, o algún familiar femenino que sea muy cercano o más próximo a la familia, esto se puede considerar

que tiene que ver con roles sociales que la sociedad ha impuesto hacia las mujeres, sin retribución alguna, ya que siguen siendo las que se ocupan de las actividades y responsabilidades familiares y del hogar incluyendo el cuidado de los familiares enfermos.

El rol que se ha impuesto sobre la mujer en nuestra sociedad, responsabilizándola de salvaguardar la salud en la familia, refleja una condición en nuestra cultura de desigualdad e inequidad, no solo en un ambiente laboral, también en el trabajo del hogar, siendo factores que predisponen a la aparición de la denominada sobre carga del cuidador.

Se dice que es inherente el cuidado de la salud en la familia y el trabajo del hogar, esta idea necesita cambiarse y adecuar la cultura y las políticas de salud donde se tome en cuenta también al cuidador que principalmente es un papel que desempeña alguna figura femenina dentro del hogar; pero estas actividades no son reconocidas y no son remuneradas económicamente, ni reconocidas por las políticas de salud, ni por la propia familia.

Pero no sólo son los cuidadores primarios en los que recae el peso del cuidado, están también los cuidadores secundarios o informales, que principalmente se refieren al personal de salud, como enfermeras, enfermeros, médicas, médicos, etc. quienes también sufren las consecuencias psicológicas y físicas de cuidar a un enfermo crónico. Y no por ser secundarios o informales son menos importantes o tienen menos relevancia ya que también deben de ser tomados en cuenta y tener el reconocimiento de las políticas de salud de nuestro país.

Los cuidadores primarios absorben gran parte de la responsabilidad que tienen con el enfermo, son estos quienes no reciben la ayuda necesaria para poder sobrellevar la enfermedad, y la responsabilidad de una persona por un tiempo muy prolongado donde probablemente desemboque en consecuencias que afecten la salud del cuidador.

Existe una gran urgencia para promover estudios que tomen en cuenta a los cuidadores ya que estos son los actores principales en el cuidado del enfermo. La sobrecarga que debe soportar el cuidador primario puede repercutir negativamente en su salud, es de suma importancia valorar el estado de salud, proponer maneras asertivas de atender la salud del cuidador ya que es una persona clave para el cuidado del enfermo que se encaminen a intervenciones para mejorar las situaciones del enfermo, pero no sólo de este, sino también del cuidador (López, Orueta, Gómez, Sánchez y Carmona, 2009).

El ser un cuidador primario, implica circunstancias, experiencias nuevas para el cuidador, además de que debe generar estrategias adecuadas de afrontamiento, de adaptación, en la reorganización de la familia, de su posición en la vida en el contexto de la cultura, de los sistemas de valores en los que vive, en la relación con sus objetos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Existen algunas recomendaciones realizadas por Astudillo, Mendinueta, Montiano y Díaz (s/f) que consisten en las necesidades del cuidador, que son:

a) Información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.

b) Orientación sobre cómo hacer frente a las carencias progresivas y las crisis que pueda tener la enfermedad.

- c) Saber organizarse adecuadamente.
- d) Valorar los recursos de los que se disponen como redes de apoyo, disponibilidad de tiempo y el compartir la responsabilidad y el cuidado del enfermo con los otros miembros de la familia.
- e) Mantener hasta donde sea posible las actividades habituales.
- f) Auto cuidarse
- g) Planificar el futuro y estar preparado para recuperar la normalidad tras el fallecimiento de un ser querido.

Siguiendo la idea de los mismos autores, un cuidador adecuadamente capacitado, deberá adquirir los conocimientos básicos necesarios sobre la enfermedad, cuidados de confort de enfermería, administración de medicamentos, alimentación adecuada, además de poder gestionar un propio plan de actividades, que le permita planificar las tareas diarias, distribuir las actividades entre los miembros de la familia con la finalidad de sobrellevar mejor la situación, no solo para el cuidador, sino también para el enfermo.

3.1 Una mirada Psicoanalítica del sufrimiento

Freud (1929) dejó en claro que el psicoanálisis no puede ni pretende eliminar el dolor de la vida humana, ni mucho menos se conseguirá la felicidad. En su obra titulada: *el malestar de la cultura* hace énfasis que la felicidad es una utopía, algo que toda persona busca pero que se da de forma episódica, y que los intentos por salir o sortear el sufrimiento que es inherente por el simple hecho de nuestra condición humana, están destinados al fracaso.

Desde una mirada psicoanalítica no existe distinción entre dolor psíquico y el sufrimiento humano. Ambos son conceptualizados de la misma manera, como la expresión de una elevada excitación del sistema. Freud nos menciona sobre el placer/displacer y de la necesidad del ser humano en mantener un equilibrio mental, un monto de energía que sea estable, de mantener una homeostasis, haciendo referencia al equilibrio de energía en el sistema (Lander, 2012).

Según Lander (2012), El dolor y el sufrimiento se presentan en el yo como un afecto displacentero y que puede conceptualizarse en: la angustia (incluye las fobias y el miedo), la culpa (culpa inconsciente y masoquismo moral), el duelo (se refiere a la pérdida objetal) y el goce (jouissance). Se trata de un afecto displacentero, que es muchas veces difícil de precisar en palabras, pero cuyos efectos aparecen en el cuerpo y en el propio yo. El ser humano se siente complacido y feliz cuando puede escapar de la desgracia o de haber sobrevivido al sufrimiento y que la finalidad de evitar el sufrimiento es la de lograr el placer en la persona.

Torralba (2007) nos dice que el sufrimiento es un ente mental que indica la falta del ser, falta de plenitud. A través del dolor nos percatamos que no somos perfectos, que no todos los fines están a nuestro alcance, como seres humanos, pone en evidencia que no somos dioses, sino que somos individuos que tendemos a alcanzar alguna finalidad que a veces cuesta alcanzar.

El sufrimiento psicológico según Kaës (2005) es la experiencia de displacer intenso es inherente a la vida, es coextensivo a la experiencia de la falta como del exceso, de carácter estructural de nuestra vida psíquica, dividida y primigeniamente insatisfecha. Al mismo tiempo, es el efecto de nuestro deseo: podemos anhelar no

desear más, en la esperanza de dejar de sufrir. Se puede afirmar que el sufrimiento sobreviene cuando comienzan a fracasar las aptitudes para el mantenimiento de la continuidad del yo, dada la amenaza a nuestras identificaciones fundamentales, encontrándonos en un estado de desvalimiento primitivo, desapareciendo la confianza.

Entonces, una de las aspiraciones y de los objetivos del ser humano es, en una primera instancia, evitar a toda costa el dolor o el displacer, para obtener sentimientos de placer, o mejor dicho obtener situaciones placenteras.

El psicoanálisis no pretende eliminar la(s) conducta(s) que son consideradas perjudiciales, ya que la sintomatología presentada por los individuos, pretende desde su inconsciente enviar un mensaje. Otro de los puntos importantes desde el psicoanálisis, es que cada persona o cada grupo tiene particularidades que los hacen diferentes, desde sus historias de vida, sus sintomatologías, sus motivos de consulta, la formación de los grupos, etc., y en base a esas demandas serán tratados y abordados de forma particular.

Uno de los objetivos en un proceso psicoanalítico según Cerrone (2016), es que la persona o el grupo puedan expresar sus síntomas y cuestionarse acerca de su malestar, en comparación con otros tratamientos que intentan acabar de una manera rápida con los síntomas sin preguntarse ¿Por qué existe el síntoma? ¿Por qué ocurre esto? ¿Qué intenta decir con esto? Etc. tal como lo hace la técnica psicoanalítica.

Una de las herramientas fundamentales en la psicoterapia psicoanalítica es la transferencia, como un elemento clave para la cura del paciente, tal y como lo menciona Freud (citado en Portillo, 2000), apoyado por muchos de los teóricos psicoanalistas: la persona volverá a tener comportamientos similares a los que tuvo en algún momento de su infancia, denominado por Freud como la compulsión a la repetición, con la finalidad

de solucionar un evento o circunstancia desagradable, traumática o displacentera de la vida del sujeto que en algún momento de su desarrollo no pudo resolver.

¿A qué viene todo esto? A que un proceso psicoanalítico no pretende atacar el síntoma en sí, sino trabajar con él, en un espacio psicoterapéutico, que es lo que se pretende en esta intervención, y trabajar el cómo su desarrollo influyó posiblemente en la necesidad de aprobación, de afecto, y que muchas veces crecen también con un súper yo muy severo, punitivo, influyendo en la dependencia y los sentimientos ambivalentes para con el enfermo.

El ser humano en la actualidad se preocupa mucho por su futuro, en todos sus ámbitos, personal, familiar, laboral, social, ya que la dinámica actual nos orilla a estar a la expectativa de lo que nos deparará el futuro, influyendo en su estado emocional y generando sufrimiento, tal como lo menciona Araújo (2013), que como seres humanos, le tememos a la soledad afectiva, y esta, pauta nuestra vida cotidiana, nuestras inseguridades, miedos a las pérdidas y a los fracasos, generan vulnerabilidad y desasosiego, que a su vez son productores de ansiedad y angustia, y es por eso que muchas de las veces el cuidador permanece y se auto esclaviza con el enfermo.

En estos tiempos de ajetreo, y de una dinámica absorbente, y vertiginoso, se debe erigir espacios donde los individuos puedan dialogar, exponer sus dolencias y malestares, tanto físicos como psicológicos, donde se sientan comprendidos y cobijados, y que mejor que sea un espacio psicoterapéutico grupal, donde debe existir un espacio donde posibilite a la persona que colabore con otras y así obtenga satisfacciones interpersonales dentro de unas relaciones realistas y mutuamente gratificantes (Vinogradov y Yalom, 1996).

Toda esta carga que sufre el cuidador primario lo orilla a expresar sintomatologías de diferente forma, es ese sufrimiento que se expresó verbalmente, y que se muestra en el cuerpo con diferentes sintomatologías, tal como lo menciona Miller, (2015) donde el cuerpo humano expresa por medio de diferentes sintomatologías y somatizaciones, y que reacciona con enfermedades ante lo que no se puede hablar ni expresar y el psicoanálisis pretende darle nombre a esas angustias que no se ven o son enmascaradas, disimuladas, mediante la expresión verbal, la clarificación y la interpretación.

El grupo psicoterapéutico ofrecerá a las personas que se detengan un momento con la oportunidad de re plantearse, re pensarse, cuestionarse dándole sentido a su sufrimiento.

3.2 Síndrome de sobre carga del cuidador

El término sobrecarga surgió en los años 60, al investigar los efectos del cuidado de pacientes psiquiátricos sobre la vida cotidiana de las familias (Grand & Sainsbury, 1959). Más adelante, en los 80, comienzan las investigaciones en cuidadores de pacientes con demencia, revelando la existencia de repercusiones negativas a causa del cuidado. Es aquí donde Zarit y colaboradores, consideraron la sobrecarga como un elemento clave para estudiar el desgaste del cuidador (Zarit, Reever, y Bach-Peterson, 1980).

La sobrecarga según Montorio, Izal, López y Sánchez (1998) la clasifican en subjetiva y objetiva. La primera se refiere a las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, mientras la segunda es el grado de perturbación o cambios en

diversos aspectos de la vida del cuidador y el ámbito doméstico. En la literatura se ha reconocido un nivel alto de sobrecarga percibida (subjetiva) asociado con un peor estado de salud tanto físico, como mental. Es así como surge la necesidad de diseñar un instrumento de evaluación para dicho objetivo, siendo la Escala de Carga Zarit el más utilizado.

En la mayoría de los casos en el inicio del cuidado del enfermo la persona que cuidará no está plenamente consciente de que será el miembro de la familia en el que recaerá la mayor parte del esfuerzo y responsabilidad del cuidado (Ruiz y Nava, 2012) o quizá lo hace sin saber a qué se enfrentará más adelante, mientras la enfermedad vaya avanzando, ya que implicará un progresivo aumento de tiempo, dedicación, esfuerzo y energía, y poco a poco, sin percatarse de la situación, tomará el rol de un cuidador primario y supondrá la absorción de gran parte de su tiempo y su vida.

A este síndrome se le ha denominado también en la literatura, como:

Síndrome del cuidador, síndrome de desgaste, en algunos artículos e investigaciones lo mencionan como síndrome de burnout, incluso es comparable con el trastorno de estrés agudo que hace mención el DSM-V, como:

El trastorno de estrés agudo, y sus principales características son: exposición a la muerte y su presencia directa de un amigo o familiar, Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s). Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.). Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas

importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s). Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos). Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo. Comportamiento irritable y arrebatos de furia, la alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (American Psychiatric Association, 2014, pp. 168-170).

El aumento de las Enfermedades Crónicas Degenerativas (ECD) en nuestro país, requerirá de la presencia de un cuidador que realice los cuidados adecuados y pertinentes a la persona o familiar que así lo requiera, esto es alarmante, ya que los cuidadores no están capacitados, preparados, ni educados para poder sobrellevar la situación lo que los vuelve propensos a sufrir alguna enfermedad, sea psicológica o física, incluso pueden llegar a desarrollar alguna ECD a causa de no tener un autocuidado adecuado.

La sobrecarga del cuidador se ha definido por diversos modelos sociales de los cuales han sobresalido tres que se basan en: 1) la relación sobrecarga del cuidador con el tipo específico de deterioro y necesidades del paciente, según las dificultades o problemas que se le van presentando para resolverlas; 2) el empleo de instrumentos no específico, que miden dimensiones como es la calidad de vida, o la presencia de síndromes patológicos, como la ansiedad, depresión, incluso en las escalas de la calidad de vida; 3) el cuidador tiene que enfrentarse a determinados factores de tensión y su respuesta a los mismos que se ve mediada por procesos psicológicos, especialmente por el impacto emocional (Camacho, Hinostrosa y Jiménez 2010).

La sobrecarga es un estado de agotamiento emocional, donde el estrés, el cansancio, la angustia, la ansiedad, afecta directamente a las actividades del cuidador, que lo orilla a tener un estado de agotamiento psicológico y emocional, como el estrés y cansancio, que afecta directamente las actividades del día a día.

Se define sobrecarga como un conjunto de problemas físicos, mentales e incluso socioeconómicos, los cuales tienen que enfrentan los cuidadores primarios de enfermos crónicos, y que pueden influir en sus actividades de ocio, sus relaciones sociales, en su sexualidad, en su equilibrio emocional, psicológico y en su propia libertad (Espín, 2012); son muchas las variables que influyen en la carga del cuidador, como la severidad de la enfermedad, pérdida de autonomía, las relaciones con el propio cuidador como la edad, el sexo, los estilos de afrontamiento, la motivación para el cuidado, redes de apoyo tiempo de cuidado, relaciones afectivas cuidador enfermo y la dinámica familia (Espín, 2012).

Otra definición de sobrecarga se refiere a la combinación de síntomas entre los espectros de ansiedad y depresión, donde se desprenden los sentimientos de carga, el estrés, la tristeza y los trastornos de adaptación (Camacho, Zapata, y Gabriela, 2016); además de incluir malestares físicos, sensaciones de dolor y molestias musculares, mareos, dolores de cabeza trastornos del sueño, discapacidad para relajarse, incluyendo irritabilidad y problemas digestivos, todo este cuadro de síntomas tiene relación con las actividades que realiza un cuidador. (Zambrano y Ceballos, 2007)

Se refiere también al agotamiento físico, psicológico y emocional que una persona puede sufrir al hacerse cargo de cuidar a otra persona con alguna enfermedad o condición que requiera un cuidado de 24 horas al día, pero este síndrome no se queda ahí ya que

también afecta a la calidad del cuidado del enfermo y puede poner en riesgo su salud y su condición.

En la mayoría de ocasiones, el ser un cuidador no se hace por elección propia, no se toma una decisión de forma democrática, sino que es impuesto por los familiares, y las condiciones de la familia, no es por una elección o decisión propia, sino que de una manera no verbal se le adjudica la responsabilidad a una persona, donde los familiares se van deslindando poco a poco de la responsabilidad del cuidado del familiar enfermo y se le va dejando muchas de las veces a la persona que se percibe tiene “menos actividades”, la menos productiva o productivo, el que tiene “menos cosas que hacer”.

Los síntomas más comunes de los cuidadores primarios, según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2020) son:

Visión estresante y frustrante del trabajo, agotamiento emocional y rendimiento reducido, falta de energía para la realización de diversas actividades, estrés crónico y actitud negativa, dificultad para concentrarse con disminución de creatividad dolores de cabeza, estómago o problemas intestinales, cansancio, cefaleas, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2020).

Según Chang (2012) mencionan que existe un síntoma físico que tiene una mayor relevancia, y es la afección en la calidad de sueño, que a la larga puede tener efectos negativos sobre la salud, y es probable que tenga un impacto sobre varios aspectos de la calidad de vida de los cuidadores; al tener una mejor calidad de sueño ayudará a brindar un mejor cuidado no solo para el cuidador sino también una mejor capacidad para atender a los enfermos.

En un estudio realizado por Bello (2014), menciona que en un 79% de los cuidadores, presentaban patologías tales como la obesidad, hipertensión arterial, diabetes con el 25% y otras enfermedades como ceguera, demencia senil, hipoacusia, epilepsia, hipertrofia prostática, úlceras por presión con un 12.5%.

En otro estudio realizado por Sánchez, Molina y Gómez (2016) se obtuvieron resultados parecidos, encontrando enfermedades como la hipertensión arterial, cardiopatías, dislipidemia (trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia), diabetes y gastritis entre otras.

Esto quiere decir que una persona sana, puede desarrollar también una enfermedad crónico degenerativa a causa del estilo de vida que lleva, tal como ya se mencionó anteriormente, tales como la mala alimentación, aislamiento social, falta de ejercicio físico, falta de sueño, estrés, etc.

Además brinda sin ninguna remuneración gran parte de su tiempo, en asistencia, en apoyo, físico o psicológico, y como ya se mencionó, no cuenta con un entrenamiento adecuado sobre cómo realizar los cuidados que el enfermo necesita, y esto resulta ser una tarea ardua, complicada y desgastante para toda la familia nuclear y principalmente para el cuidador primario.

La carga de los cuidadores, entonces se considera que es una relación biopsicosocial multidimensional, que tiene como efecto un desequilibrio de las demandas de atención, en relación con el tiempo del cuidador, sus relaciones sociales, los roles, los estados físico y emocionales, además de los recursos financieros (Prieto, Arias, Villanueva, y Jiménez, 2015) y recursos de atención formal de las otras actividades del

hogar como realizar la limpieza de la misma, los cuidados de los otros miembros de la familia, (incluso a veces se descuidan a algunos integrantes de la familia, sobre todo los más pequeños) como la alimentación, la atención, etc.

Estos cuidadores experimentan estrés crónico, efectos psicológicos nocivos, de comportamiento, fisiológicos y económicos, etc., estos efectos se ven reflejados en su calidad de vida, en sus relaciones sociales y su autocuidado. Pero no termina aquí, ya que las frecuentes visitas al médico, la compra de medicamentos, que muchas veces no son nada económicos, abonando a la carga de angustia y estrés a su vida, declinando cada vez más a su productividad (Bello, León y Covená, 2019).

3.3 El autocuidado.

El autocuidado es definido como las actividades que realizan las personas con el objetivo de cuidar de sí mismos, y así poder mantener un estado equilibrado en la esfera biopsicosocial (Espinoza y Jofre, 2012). También es denominado autocuidado a las acciones, los actos que ejerce una persona para controlar situaciones que afectan su salud (Prado, González, Paz y Romero, 2014).

El autocuidado es un conjunto de actividades dirigidas a mantener la salud integral del individuo, entre estas prácticas se encuentra la adecuada alimentación, medidas de higiene, actividades físicas, estrategias para evitar el uso excesivo de medicamentos o drogas, mantener y establecer las relaciones sociales, además de buscar ayuda psicoterapéutica para el manejo de las emociones y malestares como la angustia, el estrés, miedos, y estrategias para a recreación y el uso adecuado del tiempo libre, el dialogo y la adaptación al contexto, entre otros (Tobón y García, 2004).

El autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza un individuo para controlar factores internos y externos que puedan comprender su vida y su desarrollo posterior. Por tanto, el autocuidado incluye las acciones personales encaminadas a mantener la vida, la salud y el bienestar que podrían ser de carácter externo como las conductas manifiestas, y las internas, como los pensamientos, emociones, creencias, etc. (Morales, 2019).

El garantizar que el cuidador tenga una buena salud tanto física como psicológica, es sinónimo de que también el enfermo goce, disfrute y además se garantice una buena y adecuada atención para el enfermo.

Muchas veces el cuidador se olvida de sí mismo y espera a sentirse con síntomas en un nivel de cansancio, estrés y malestares físicos o psicológicos más graves que en el transcurso del tiempo del cuidado se fueron agudizando, y eso es algo que no debería de pasar, ya que su salud también es prioridad, la familia también debe de ayudarlo a sentirse mejor, prevenir sus sentimientos de indefensión, soledad, estrés, su aislamiento, su soledad, e incluso depresión (si es que existe).

La ausencia de un autocuidado adecuado puede generar lo que se denomina, abuso pasivo, y se refiere a no cubrir las necesidades del paciente dependiente debido a algún malestar del cuidador, orillándolo a presentar negligencias, descuido, y no necesariamente con el objetivo de hacer un daño directo o consciente, sino que su dolencia ya sea física o psicológica no le permite ejecutar las actividades de manera adecuada (Inez, 2014).

El autocuidado es una función que va inherente al ser humano, relacionada con el sentido de la supervivencia, necesaria para mantener y preservar la vida, es el

resultado de un procesamiento cognitivo que se manifiesta por conductas que las personas realizan para mantener su bienestar (Torres, 2020).

Según Tobón y García (2004) el concepto de autocuidado se refiere a prácticas cotidianas, las decisiones que toma cada persona, familia o grupo para cuidar su salud; estas prácticas son aprendidas a través de nuestro desarrollo, son de un uso continuo con la finalidad de fortalecer o restablecer la salud y prevenir cualquier tipo de enfermedad.

Entonces, el autocuidado según estos autores son actitudes, conductas que son dirigidas hacia sí mismo, tratando de mantener el bienestar tanto físico, como el psicológico; el cuidarse a sí mismo, es un primer paso para los cuidadores ya que como se ha venido describiendo existe un riesgo latente de presentar alguna enfermedad física o psicológica durante el tiempo que el cuidador brinda un servicio al enfermo, por lo que es de suma importancia que el cuidador realice sus propias actividades que ayuden y beneficien a su salud, física y psicológica.

Para el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2020) el autocuidado le permitirá a la persona cuidadora estar en una mejor disposición física y mental para realizar las tareas del cuidado, capacidad para afrontar las dificultades que conlleva el cuidar a un enfermo crónico, tener el adecuado control de su vida cotidiana, obtener habilidades adecuadas para la solución de los problemas y mantener un estado de bienestar y serenidad en todo momento.

Además de tener hábitos saludables que ayudarán a tener una mejor calidad de vida, como por ejemplo comer en horarios definidos e ingerir alimentación saludable, realizar actividad física, adquirir hábitos adecuados de descanso, realizar actividades

recreativas, sociales, culturales, etc., evitar estar solo en aislamiento, mantener una red de apoyo familiar y social, además de buscar ayuda psicológica, dedicar tiempo a las actividades que le generan interés y aprender a administrar su tiempo y organizarlo para sus diferentes actividades. (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2020).

Es de suma importancia que el cuidador esté bien informado con respecto a las características de la enfermedad del familiar enfermo, esto permitirá que el cuidador implemente las estrategias adecuadas para el manejo y afrontamiento de la enfermedad, asistiendo de una manera más eficaz reduciendo tanto el desgaste del enfermo y el del propio cuidador. Además de implementar como ya se mencionó, políticas de salud adecuadas en nuestro país y tomar en cuenta al propio cuidador.

Foucault (2003) en su obra, nos menciona y nos da a saber que, en la Grecia antigua, los filósofos recomendaban el autocuidado, este era un aspecto importante en la vida de las personas que les interesaba el conocimiento, ya que a través de este autocuidado se lograba tener una mente más despejada, libre, además de demostrar una forma de respeto hacia sí mismo y hacia los demás. Donde los cuidados del cuerpo, la adecuada alimentación, el ejercicio físico, la satisfacción, las meditaciones, las lecturas, la rememoración de las verdades que ya se saben pero que se deben reflexionar mejor, ayudarán a darle sentido a la existencia.

Algunas prácticas eran dirigidas hacia el conocimiento de sí mismo, y se ponía atención en los desechos del cuerpo, como la orina, la meditación, baños, dietas, ayunos, también era importante el mundo onírico, la meditación, la reflexión en las noches y en lo que se fantasea, Foucault hace mención que los sueños, al igual que el psicoanálisis

es un trabajo útil para gobernar la propia existencia y prepararse a los acontecimientos que pueden producirse (Foucault, 2003).

3.4 ¿Qué actividades se sugieren para evitar malestares?

Dormir adecuadamente: el dormir adecuadamente determina nuestro estado de ánimo de las personas, y un cuidador en ocasiones no se da el lujo de poder dormir adecuadamente, ya que tiene que atender a la persona enferma casi las 24 horas, además de las arduas tareas que tiene que realizar, no puede cumplir rigurosamente las horas recomendadas para el descanso (Cruz Roja, 2020).

Según la Cruz Roja (2020) en su manual sobre el autocuidado del cuidador menciona que un cuidador primario debe cuidarse para poder cuidar y establece algunas recomendaciones sobre al autocuidado:

Pedir ayuda al entorno, es decir dejar que otro(s) familiar(es) se ocupe(n) del cuidado, ya que muchas veces no se acepta la ayuda de otras personas por qué piensan que no las cuidan tan bien como él o ella, o por no querer demostrar debilidad ante la situación, por orgullo, etc.

Recomienda que ante la presencia de ansiedad, tristeza o depresión pedir ayuda, además de mantener actividades propias como la actividad física, tomarse su tiempo, fijarse metas reales y alcanzables para el cuidador y el enfermo, ya que las poco realistas e inalcanzables pueden provocar frustración y estrés, tomar cada cierto tiempo dedicado a descanso y a sí mismo, no abandonar la propia higiene personal, mantenerse activo y en actividades productivas.

Otra recomendación que nos ofrece es la de no aislarse, y se deben fomentar las relaciones sociales, tales como las recreativas, de diversión y entretenimiento, permitirse dar, recibir y expresar afectos, esto ayudará a tener una red de apoyo y desahogo emocional que también significa apoyo.

Estructurar adecuadamente los cuidados ofrecidos, es decir establecer límites, identificando tareas que puede realizar el enfermo por sí mismo, formando la autonomía, haciéndolo participe de sus propios cuidados a la medida de sus posibilidades y hasta donde su dolencia le permita. Y finalmente valorar e identificar que tareas el cuidador no puede llevar a cabo sin ayuda y establecerse rutinas diarias para compartir tareas con los demás miembros de la familia o el equipo.

Sentimiento de culpa, que son muy frecuentes entre los cuidadores, y que cada cuidador los presenta de manera distinta, para ello se requiere identificar el por qué siente la culpa y ante que situaciones, prestar atención a cómo se expresan y se experimentan las responsabilidades y si se utilizan palabras como “debo”, “podría hacer”, “debería hacer”, etc., podría existir una mayor auto exigencia.

Por ultimo añadiría que se debe buscar atención psicológica adecuada para poder expresar y descargar aspectos que quizá por miedo o vergüenza a la crítica, al que dirán, a ser juzgados, a ser tachados, etiquetados, a no poder expresar sentimientos ambivalentes, y que no se pueden expresar de manera adecuada, con la familia o amigos, puede ahondarse y trabajarse en un espacio psicoterapéutico individual o grupal para disminuir toda la carga emocional y psicológica que tiene el cuidador. El ser cuidador/a implica reconocer cuando se necesita ayuda de otras personas familia, atención médica o psicológica.

Capítulo 4. La psicoterapia de grupo en el ámbito hospitalario.

En un contexto de crisis que demanda respuestas a problemas socio-sanitarios nace la psicología de la salud, dando el inicio a un enfoque integrativo a la psicología de la salud, esto quiere decir que se orientó hacia lo multidisciplinario, donde los aspectos psicológicos se vinculan a los problemas de salud (Álvarez, 2017).

En nuestra actualidad existen diversos factores que posibilitan que la disciplina psicológica se incorpore de lleno al campo de la salud, ya que últimamente se le está dando prioridad a la salud mental, no únicamente a la enfermedad, que es a lo que comúnmente se enfoca (Álvarez, 2017). Esto ha contribuido a nuevos aportes a la salud mental en el ámbito hospitalario ya que es de suma importancia por los acontecimientos sociales y de salud por los que nuestra sociedad está pasando, se referencia a la pandemia por la COVID-19, ya que trajo consigo estrés, depresión, ansiedad, etc.

Esto hizo ver sobre la importancia de las de las relaciones sociales, ya que el aislamiento y el sedentarismo trae consecuencias a la salud mental, esto no es algo nuevo, sino de la histórica tendencia a la convivencia que tiene el humano, como ser social, para buscar refugio, calidez y pertenencia, en comunidades de iguales.

Estos ejemplos llevan a pensar en Aristóteles (2007), uno de los filósofos más importantes y sobresalientes en la antigüedad y que aún en nuestros días se mantiene vigente; afirma que el ser humano es un ser social, el más social de los seres vivos, es un animal social y como ser social las relaciones que establece se tienen que llevar a cabo en una sociedad.

Dentro de estas relaciones, existen necesidades básicas del ser humano, y entre ellas se encuentra la necesidad de comunicación, es una forma de expresar sentimientos, experiencias y necesidades, con la finalidad de que se puedan descargar sentimientos como la felicidad, alegría, euforia, bienestar, etc., pero también expresar los sentimientos negativos como el enojo, la ira, angustia, miedos, etc., esta forma de expresión, es esencial en todas las relaciones del ser humano, en especial con las personas cercanas al individuo, estas relaciones también se ven reflejadas en un grupo psicoterapéutico, donde la confianza, la cooperación, la empatía, son esenciales para llegar a un determinado objetivo.

Esto se refleja en el trabajo de Pratt (citado en Portillo, 2000) quien fuera el primero ponerse a trabajar con el grupo psicoterapéutico denominado *método de clase*, pensada como método de reducción emocional y de persuasión, se percató de las mejorías que presentaban las personas que estaban dentro de su grupo psicoterapéutico en comparación a las que no estaban en el grupo, percatándose de la importancia y significancia de estar dentro del grupo, para posteriormente su método fuera utilizado cada vez más en los grupos psicoterapéuticos del ámbito hospitalario.

Desde entonces y gracias a los aportes de Pratt (citado en Portillo, 2000), poco a poco el psicólogo clínico ha ido tomado terreno en las instituciones de salud, aunque en nuestro país le falta un largo recorrido en este terreno y una mayor inclusión en las políticas de salud de nuestro país. Además de la importancia que tienen el cuidado y la atención, tanto del enfermo como de los familiares. Se considera que es de suma importancia que las instituciones de salud, tanto públicas como privadas tomen en cuenta parte de su prioridad brindar atención apropiada a la salud mental de los usuarios.

En las instituciones hospitalarias son instancias que cruzan lo individual, (se refiere al profesional y al paciente o familiar), lo relacional (entre pacientes y profesionales, a los pacientes entre sí, profesionales entre sí, entre familiares, pacientes y profesionales), lo grupal (entre equipos y sub-equipos de un mismo servicio o entre distintos servicios) y la propia organización (organigrama, jerarquía, liderazgo, funcionamiento, grado de flexibilidad, participación, etc.). Todos estos elementos que interaccionan entre sí, se le denomina institución, la definen, la construyen y la modifican a través del tiempo y todo esto tiene que estar en sincronía para cumplir los objetivos (López e Iriondo, 2019).

Las instituciones no solo generan un impacto en los mismos trabajadores, sino también en los enfermos y en las personas que los rodean, ya que es una atmosfera de tensión y ansiedad, y una vez adentro los apoyos a la familia se ven limitados, además de existir restricciones con respecto a la intimidad, la individualidad, además del cambio de las actividades cotidianas (Groves y Muskin, 2006).

Las instituciones de salud deben de tener como objetivo primordial la atención apropiada a la salud de los derechohabientes, lo que implica el estar en un ambiente hospitalario que genere un bienestar psicológico, pero muchas veces genera lo contrario, malestares de gran impacto psicológico, no sólo para el paciente enfermo, sino para la familia que lo acompaña, incidiendo en diferentes áreas, como la psicológica, física, social, etc., el estar en este tipo de instituciones genera un significativo nivel de angustia, ya que la institución en sí, es estresante, es un ambiente casi inexplorado o desconocido, donde el paciente y la familia se ven muchas veces rebasados por la angustia, donde el miedo, la expectativa, la soledad, son generadores de todos estos malestares.

Se considera necesario y de suma importancia que se le brinde atención a la familia y a los cuidadores primarios, implementar de manera integral redes de apoyo ayudando a disminuir toda la carga emocional con la que tienen que lidiar, además de que la experiencia no sea vivida como algo displacentero, desagradable, trágico, estresante, desgastante tanto físico como psicológico, brindando a través de la psicoterapia herramientas adecuadas para poder sobre llevar el problema adecuadamente.

Es importante brindar atención psicológica en el ámbito hospitalario ya que ofrece mayores beneficios, en instituciones que brindan esta atención, ayudará al cuidador y al familiar enfermo a afrontar adecuadamente la enfermedad, el cuidado, la atención, etc., y gestionar adecuadamente tanto la vida del cuidador, como la del enfermo.

4.1 Antecedentes de la psicoterapia grupal

El ser humano ha evolucionado y a lo largo de su existencia ha vivido y se ha desarrollado bajo la cobija de un grupo, es totalmente social, y el grupo en el que se desenvuelve le tiene que generar confianza y esta ha sido y es un elemento clave e importante del ser humano. En cada actividad y cada dinámica están presentes todas las relaciones que tenemos a lo largo de nuestra vida, estas relaciones se van fortaleciendo a lo largo de nuestra convivencia con los demás miembros de nuestro círculo social.

En las relaciones pasadas, donde el ser humano tenía que llevar una dinámica de confianza, cazar para comer, un ejemplo claro es cuando al cazar a grandes animales exigía una colaboración de cada integrante del grupo, donde tenían que confiar en los demás miembros de la caza para poder tener éxito. El lenguaje, que también jugaba y

aún juega un papel importante para tener éxito en muchas de las actividades en las que nos desenvolvemos y genera además, convivencias mucho más estables.

Algunos grupos nómadas al viajar por distintos lugares del mundo en busca de mejores condiciones de vida, se tenían que encontrar frente a grandes dificultades naturales, incluso frente a fuertes depredadores, la única forma de sobrevivir era confiando en cada miembro de su grupo, defendiéndose y ayudándose unos a otros para poder tener mayor éxito en su tasa de supervivencia, y con el grupo, aumentaba la seguridad individual, alimentaria, territorial, etc., además de asegurar la supervivencia de la especie, lo cual demuestra la importancia del grupo en la historia de vida del ser humano.

Entonces, a lo largo de nuestra vida vamos formando distintos grupos, como por ejemplo: los grupos escolares, grupos recreativos, grupos de trabajo, grupos de diferentes círculos de amistades, etc., es así como el ser humano se desarrolla de una manera sana y adecuada. Es muy difícil que el individuo se mantenga solo y apartado, ya que desde que nacemos formamos parte de un grupo primario, que es la familia nuclear, este grupo nos brinda identidad, pertenencia, nos brindan habilidades para desarrollarnos y adquirir herramientas básicas y necesarias para desenvolvemos en sociedad.

El grupo secundario por su parte son aquellos grupos donde los mismos integrantes comparten intereses en común, por ejemplo el grupo escolar, en el cual debemos de completar el curso escolar, si nos adherimos a un grupo donde se comparte un gusto en común, la meta será la demanda que exija el grupo, por ejemplo un grupo de futbol, la meta será perfeccionar las técnicas adecuadas para

fortalecer al equipo. Por eso los grupos han sido importantes a lo largo de nuestra historia.

En este capítulo se presentará una breve introducción histórica de los aportes que se consideran más significativos y que han desarrollado algunos autores, y su importancia registrada a lo largo del desarrollo de la historia de la psicoterapia grupal.

La psicoterapia de grupo, en la mayoría de las referencias, surge en Norteamérica, y al paso del tiempo ha ido extendiéndose a lo largo del mundo, gracias a figuras relevantes que han dejado huella en el desarrollo de la psicoterapia grupal, así como movimientos que han sido parteaguas para que la técnica grupal tenga auge y sea reconocida, además que su utilidad en el campo hospitalario es ya indiscutible (Colli y Lorenzo, 2012).

La psicoterapia de grupo actual surgió como una alternativa a la atención de pacientes graves en las instituciones de salud públicas y tiene sus raíces en campos académicos diversos que en ciertos puntos coinciden: principalmente a la psiquiatría, psicoanálisis y psicología (Negrete, 1982).

McKenzie, (1990) menciona que el primer psicoterapeuta de grupo que tiene más registros en la literatura es Joseph Pratt en que en el año de 1905, fue uno de los primeros profesionales de la salud, y a comienzos del siglo XX, en utilizó grupos de pacientes con el objeto de brindarles información acerca de su enfermedad y observando que aquellos que acudían a los grupos presentaban una mejor evolución (Yllá y González, 1999), Pratt Utilizaba un modelo educativo/inspiracional para el tratamiento de personas enfermas de tuberculosis en Boston en el hospital General de esa ciudad. Además facilitaba un clima de apoyo.

Veinte años después, en 1920 Edward Lazell, aprovechó en 1921 los métodos de Pratt al tratamiento grupal con pacientes esquizofrénicos y maniacodepresivos hospitalizados y posteriormente abordó en la misma forma a sus pacientes, además de adquirir con el tiempo una perspectiva jungiana y uno de sus métodos fue conocido como la “arenga etiológica” y el *role playing* y otras técnicas psicodramáticas (Díaz, 2000).

Por su lado, Cody March, L. Wender y P. Schilder, adoptan una intervención grupal en hospitales con técnicas diferentes, además de promover la concientización en el grupo. Esto generó un importante avance en la psicoterapia grupal.

A partir de la Segunda Guerra Mundial y hasta la década del 60 del pasado siglo, la Psicoterapia de Grupo cobra un impulso y desarrollo llamativos. Inicialmente surge por la necesidad de brindar atención psiquiátrica a un número elevado de casos psiquiátricos, ya que existían escasos psiquiatras militares, las referencias fundamentales están centradas en los escritos norteamericanos y británicos que señalan los trabajos realizados en este campo terapéutico, en los Hospitales Militares norteamericanos e ingleses. William C. Meninger que fue considerado en su época, el principal psiquiatra militar de América, expresó que el empleo de la Psicoterapia de Grupo fue la mejor contribución de la Psiquiatría Militar a la Psiquiatría.

En la posguerra Slavson fue quien impulsó la psicoterapia grupal donde atendía principalmente a niños, dando lugar a la formación de American Group Psychotherapy Association en el año de 1942 (McKenzie, 1990), llevó las ideas

de un trabajo individual a uno grupal e hizo hincapié en la importancia de las emociones y relaciones de cada uno de los integrantes del grupo para el psicoterapeuta y también para los miembros del grupo, es decir el intercambio emocional e intelectual que se produce en un grupo y esto hace que los miembros mejoren, además de brindarle importancia al insight para generar el cambio.

Un proceso psicoterapéutico grupal exitoso requiere una comprensión compleja de los procesos dinámicos sociales, de grupo e individuales. En la mayor parte de los casos, las metas del tratamiento son de apoyo y las estrategias de exploración, tienen como fin ayudar a los pacientes a que obtengan insight de sus impulsos inconscientes (Walter y Stone 1995).

Además de utilizar técnicas lúdicas con los pacientes más pequeños, menciona que los niños tienen la facilidad para hablar directamente con el inconsciente de sus compañeros de grupo y aprender los conflictos ocultos y desconocidos. (Crespo, s/f).

A. Wolf y Emanuel Schwartz. El primero mencionaba que el psicoanálisis en grupo no es más ni menos que un psicoanálisis individual aplicado en un marco grupal, menciona que el grupo es un marco ideal para la explicación del pasado infantil reprimido en el individuo y el grupo hace caja de resonancia idónea para la supuesta regresión del paciente y consideraba que el inconsciente de una persona era tan accesible en la situación grupal como en la individual y podría ser revelado con las mismas técnicas de la psicoterapia individual como: interpretación, análisis de sueños, construcciones, postuló un *yo-grupal*, el cual para algunos fue un concepto ambiguo.

E. Schwartz al igual que Wolf se centró en los factores del grupo que tienen un efecto psicoterapéutico, incluidas las interacciones entre los miembros.

Con respecto al psicoanálisis en grupo se encuentran E. Simmel, T. Burrow, P. Schilder y Wender. Se puede mencionar que son los primeros en utilizar conceptos psicoanalíticos para el trabajo en grupo e interpretan al individuo dentro del mismo grupo.

En la psicoterapia psicoanalítica de grupo según Gómez (1997), sobresalen: Bion, Ezriel, Foulkes, la escuela inglesa y la escuela Argentina de Psicoterapia Psicoanalítica de grupo de Pichón Rivière. El más sobresaliente fue Bion, quien destacó que un grupo es un estado de trabajo de uno o varios estados de asunción básica. Menciona que el grupo de trabajo tiene la idea clara de sus tareas, además de que el grupo debe de ser facilitador para la realización de tareas cooperativas, donde algunos miembros ayudan de manera activa a cumplir las tareas de liderazgo (Colli y Lorenzo, 2012).

Bion, Además de ser el primer psicoanalista grupal que hace un psicoanálisis de los grupos y para los grupos, describiendo los tres tipos de supuestos básicos: dependencia, apareamiento y ataque fuga. Propone las nociones de mentalidad grupal: es la expresión de la voluntad del grupo y está formado por las aportaciones inconscientes de los sujetos. Y la segunda, la cultura grupal: se refiere a la relación del grupo con el entorno social, expresando los conflictos entre deseos del individuo y la mentalidad grupal.

Los principales autores que aportaron a la psicología grupal según Andrade (2001) son: Bion, de la escuela inglesa, Anzieu de la escuela francesa, Lewin y Kaës de la escuela americana y Pichón, de Latinoamérica. Otras contribuciones sobresalientes fueron las de Jacob Levi Moreno y Kurt Lewin, aportando a la

psicología grupal como un método de intervención y línea del saber de lo social, regido a la aplicación de conceptos gestálticos como la forma y fondo, ligados a una condición psicosocial.

Por su parte Moreno fue quien creó el término psicoterapia de grupo e incluía en su trabajo técnicas dramáticas que estaban derivadas del teatro, con la finalidad de promover la catarsis y la resignificación del síntoma, además de desarrollar el enfoque sociométrico, que es el estudio de la estructura dinámica de los grupos a través de los diferentes sistemas de semejanzas, identificaciones, diferencias y rechazos entre los miembros.

Posteriormente Pichón Rivière toma estos aportes y los toma en cuenta para su teoría, además de agregar conceptos de psicoanálisis, psicología social y filosofía. El grupo para Rivière es el resultado de la asociación de personas con un objetivo en común, unidos por una realidad compartida, operando como un equipo de trabajo, donde el grupo provee a cada miembro de conocimientos y métodos para llegar a tener una mejor respuesta ante las crisis y afrontar mejor a las situaciones imprevistas o inesperadas, e interviene directamente en el síntoma (Andrade, 2011).

Incluso Ortega y Gasset, en su obra *la rebelión de las masas* (2020) menciona la importancia y la influencia de los otros, del grupo en el individuo, donde el hombre-masa, es incapaz de pensar y la muchedumbre, la masa social ha tomado y toma el control, impone su mentalidad y la individuación queda totalmente anulada.

Por otra parte Fromm (2009) en su libro titulado *el miedo a la libertad* expone que la sociedad, el grupo no solo puede ejercer una función de represión, sino también puede ejercer una función creadora, ayudar al individuo a su proceso de individuación. El

individuo necesita un sentido de pertenencia, tiene que estar relacionado con ideas, valores o normas sociales que le proporcionan el sentimiento de comunión, el grupo primario es quien brindará o se supone que brinde la seguridad y el sentido de pertenencia, y rechazará todo sentimiento de aislamiento. He aquí la importancia del grupo en el individuo.

Como se ha descrito anteriormente, solo se han mencionado algunos de los autores que han realizado grandes aportes a la psicoterapia grupal.

4.2. Teoría de la psicoterapia de grupo.

A lo largo de la historia de la humanidad, el ser humano se ha considerado un ser social y la importancia de sus relaciones sociales se basan en relaciones de confianza, y la vida del ser humano no es la excepción, necesita de una vida social que se basa en relaciones de confianza y sin estas relaciones el ser humano lograría poco.

La importancia de las relaciones sociales no se trata de algo nuevo, sino de la histórica tendencia que tiene el humano, como ser social, para buscar refugio, calidez y pertenencia, en comunidades de iguales.

El lenguaje también juega un papel importante para tener éxito en algunas actividades, y genera convivencias más estables.

Entonces, la sociedad es una parte importante del individuo, así como lo es la confianza, esta se considera importante para establecer relaciones sociales estrechas, duraderas amorosas y que como psicólogos de grupo se considera tener presente a lo largo de la travesía profesional. La confianza ha sido y es un elemento clave e importante, es un elemento básico a la hora de relacionarnos

con la familia, la pareja, amigos, socios, etc. Las relaciones basadas en la confianza mutua son más sólidas, prósperas y duraderas que las que no lo están.

El éxito de cada relación depende de la amistad, la confianza la familiaridad que vamos creando con nuestros grupos más próximos, eso mismo nos pasa los que somos profesionales de la salud, y me dirigiré a la profesión que decidimos ejercer, la psicología, muchos autores de la psicoterapia de grupo, incluyendo como por ejemplo Portillo, Yalom, Anzieu, etc., hacen hincapié en la importancia de la confianza para poder ayudar al otro, una confianza sincera y libre de cualquier prejuicio. El carecer de esta confianza nos lleva a la ruptura de nuestras relaciones, y en el sentido de la relación paciente–psicoterapeuta es aún peor, ya que faltamos al código que tenemos como profesionales.

En el grupo psicoterapéutico, la confianza se gana a través del tiempo, al mostrar comprensión e interés por conocer las circunstancias que despiertan afectos penosos en los pacientes; pero esta confianza debe empezarse a trabajar en el grupo desde la primera sesión grupal (Portillo, 2000). En cada relación que tenemos, existe un código, y se observa de manera clara en nuestras relaciones más cercanas.

Se considera adecuado dejar en claro la definición de psicoterapia de grupo ya que su significado es muy complejo y existen diferentes miradas y modelos que se han ido incluyendo a lo largo del tiempo y en nuestra actualidad existen diferentes formas de psicoterapias que tienen sus propias bases teóricas y su método, esta tesis se centrará en una técnica psicoanalítica.

Se comenzará o definir la psicoterapia de grupo, por ejemplo para González (1999) la psicoterapia de grupo se engloba determinados métodos de tratamiento que, en presencia de unos o varios terapeutas, y donde se estimulan la labor auto-centrada

de cada uno de los miembros. Para esto sugiere que se debe auxiliar de motivaciones psicológicas y ahondar en ellas, las cuales actúan sobre todos los miembros del grupo.

Para Grinberg, Langer y Rodrigué (1961), definen a la psicoterapia de grupo como un conjunto de personas las cuales se reúnen en un determinado espacio, a una hora establecida, que compartirán normas y un objetivo en común, todo en común acuerdo entre los pacientes o integrantes y el psicoterapeuta.

Un grupo terapéutico es un espacio de asociación de tres o más miembros, denominados pacientes donde cada uno de estos se reúnen de forma permanente, voluntaria, y en estas reuniones existe una interacción y una interrelación con fines psicoterapéuticos actuando al unísono, sin olvidar el papel del psicoterapeuta donde tiene que actuar en base a una serie de valores y normas llamado también contrato terapéutico (González, 1992).

La psicoterapia de grupo brinda apoyo a quienes en un momento determinado de su vida presentan cambios significativos en ella, a causa de alguna pérdida importante, conflictos en sus relaciones sociales, que desembocan en ansiedades, estrés, miedos, etc., donde el grupo supondrá un soporte y un apoyo psicológico con el objetivo de generar un insight de los problemas de cada integrante.

4.3 Técnica de la psicoterapia psicoanalítica grupal.

Uno de los grandes aportes de Bion (1980) es definido al grupo como una totalidad psicológica que tiene expresión propia, y que esta totalidad puede ser interpretada y

transformada por la intervención del terapeuta. El grupo puede ser definido como un interjuego entre necesidades individuales que llegan a formar una mentalidad grupal, y que no es otra cosa que la expresión de necesidades individuales de cada miembro, que a su vez forman una cultura propia del grupo.

Bion parte de la concepción aristotélica de que el hombre es un animal social y que para su supervivencia es fundamental la vida en grupo. A pesar de esto los grupos siempre frustran las aspiraciones individuales de sus miembros, los cuales a su vez necesitan del apoyo del grupo; satisfacen algunos deseos individuales y niegan otros, he aquí la tragedia del ser humano. El individuo, al formar parte de un grupo, obtiene ciertas satisfacciones a la vez que presenta sentimientos de frustración; de cualquier manera, el grupo es esencial para que un hombre pueda llevar una vida plena, para que desarrolle su vida mental (González, 1999).

Bion (1978) define a la mentalidad del grupo como la expresión unánime de la voluntad grupal que a su vez es la resultante de la voluntad individual de cada miembro. Los integrantes del grupo contribuyen de manera anónima, sin saberlo, al establecimiento de la citada mentalidad del grupo y en la medida que se desvíen de ella se sentirán desdichados. Aquí lo individual puede chocar con lo colectivo y viceversa.

Kaës (1993), propone pensar al grupo como el aparato psíquico grupal, el autor liga las psiques de los miembros, media e intercambia diferencias entre la parte intrapsíquica, intersubjetiva y grupal, y la realidad grupal en sus aspectos societarios y culturales, de tal manera que produce la transformación del espacio psíquico del grupo, este aparato propuesto por Kaës produce, en su actividad de ligazón y transformación,

es decir que el grupo brinda un espacio de contención y, por lo tanto, de límites y procesos de regulación.

Es un lugar de intercambio entre los espacios psíquicos individuales y las realidades intra, inter, y transpsíquicas. Las psiques del grupo se acoplan a través de los mecanismos que rigen el proceso primario. Kaës (1993) menciona que el aparato psíquico grupal permite plantearnos tres cosas:

a) El trabajo de ligazón, transformación y diferenciación de las partes del aparato psíquico individual que se movilizan en la construcción de la realidad psíquica del grupo.

b) Las formaciones de la grupalidad intrapsíquica, en especial los grupos internos que constituyen los *organizadores inconscientes* de la realidad psíquica grupal.

c) Las relaciones de anudamiento y des-anudamiento entre los espacios psíquicos, así como entre las formas de subjetividad que se activan en los grupos y

d) Los efectos del agrupamiento sobre la formación del sujeto del inconsciente.

Los procesos que se observan dentro del grupo, no son nada idénticos a los procesos de una psicoterapia individual, la forma de leer e interpretar un grupo, no pueden ser las mismas, Según Azuara (2000) en los grupos, la transferencia se da entre los miembros del grupo psicoterapéutica. La transferencia en el caso de los miembros del grupo hacia el psicoterapeuta, se da en un marco mucho más complejo, en comparación a la situación individual, por lo que no se puede aplicar el mismo concepto para explicar la relación transferencial.

El grupo psicoterapéutico se puede definir como un sistema en el que se concentran operativamente los requerimientos de una multiplicidad de sistemas

humanos con sus propias experiencias, valores, creencias y una particular manera de significar el mundo (Serebrinsky, 2012).

Uno de los objetivos del grupo se desarrollará principalmente en relación con las necesidades de una población en particular. Además se relaciona con la naturaleza del clima de interacción que puede obtenerse en términos realistas y que tendría un mayor valor para los pacientes. Estos objetivos servirán como pautas para que el terapeuta vigile el progreso del grupo y la terminación de las prioridades terapéuticas.

En el grupo psicoterapéutico la comunicación verbal es lo más importante y se deberá transformar en una asociación grupal, y se diferencia de otros grupos por la libre asociación grupal, la cual es equivalente a la asociación libre en el psicoanálisis individual, todo el material brindado dentro del grupo es analizado y se comentará e interpretará por el grupo, todo el contenido latente y manifiesto de lo que se discute en el grupo es tratado como importante; siguiendo la línea freudiana de que la interpretación de los sueños son la vía regia al inconsciente.

El grupo utilizará los eventos y situaciones interpersonales de la sesiones como una forma psicoterapéutica, además de que se tiene que prestar atención a la forma de interacción de los mismos miembros del grupo.

Uno de los trabajos más importantes que debe realizar el psicoterapeuta es hacer de intérprete para poder comprender qué es lo que sucede dentro de las diferentes situaciones grupales, detectar comportamientos, observar, lo que se dice. Tal como lo sugieren Grinberg, Langer y Rodrigué, (1961) frente a una situación tan compleja, la tarea del psicoterapeuta consistirá, desde un primer momento, en interpretar las manifestaciones de angustia.

El lenguaje corporal de los miembros del grupo, nos puede dar pautas sobre angustias, desagradados, molestias de los miembros, este lenguaje acompaña al hombre desde el nacimiento. Las primeras relaciones con el mundo se dan sin que aún se haya dado la adquisición de la lengua. El ser humano está inmerso en un mundo de comunicación, gestos, seños y micro gestos, tonos de voz, posturas, movimientos involuntarios, coloraciones en la piel, respiración, transpiración, actos fallidos, etc., forman parte del repertorio de expresión emocional que se posee y que se usa voluntaria e involuntariamente (Ceberio y Watzlawick, 2008).

En el contexto del grupo se sugiere proporcionar a los pacientes una selección variada de relaciones para desarrollar sus habilidades sociales e interactuar entre sí, con los líderes del grupo, con gente de diferente extracción social, con miembros del mismo sexo, así como con miembros del sexo opuesto. Los miembros del grupo deben aprender a ocuparse de sus gustos, aversiones, similitudes, diferencias, envidias, timidez, agresión, miedo, atracción y competitividad (Vinogradov y Yalom, 1996).

La iniciación del tratamiento, representa un momento psicológico de gran relevancia para el grupo, se reactivan las angustias en cada individuo, que son despertadas por el individuo. Además se colocan los cimientos de una entidad colectiva, la cual en ese momento se centra casi exclusivamente en el psicoterapeuta, esperando nuestra orientación (Grinberg, Langer y Rodrigué, 1961).

Además de que las comunicaciones de varias personas reunidas en un grupo, permiten hacer inferencias con respecto a los mecanismos inconscientes de interacción del grupo. El grupo se enfoca como una totalidad expresiva.

En el grupo psicoterapéutico, el contenido manifiesto de las comunicaciones de las comunicaciones, se trabaja en forma similar al contenido manifiesto de los sueños, es decir, se busca relacionarlo con el contenido latente (Azua, 2000). El grupo conforma una estructura y esta es la base de toda la comunicación dentro del grupo, y reacciona, asocia y responde como un todo, como un ente individual.

La cohesión del grupo se va haciendo más firme a medida que los miembros discuten sus preocupaciones acerca de sentirse desamparados, ansiosos y menos dignos de amor. Los pacientes pueden hablar de sentirse responsables de su enfermedad debido a transgresiones pasadas. Se obtiene el alivio terapéutico a medida que los integrantes desarrollan un sentido de comunidad con otros y reciben apoyo generado en el grupo para actuar en la toma de control de sus vidas. Las principales metas terapéuticas consisten en reducir la dependencia nociva en mecanismos inapropiados de defensa que incluyen negación, racionalización e intelectualización (Melvin, 1995).

4.4. La selección de pacientes para la psicoterapia de grupo.

Según la literatura revisada, fue Foulkes (citado en Portillo, 2000), pionero en dar importancia a la selección de pacientes realizada en grupo. Comenzó a recibir juntos a los pacientes que le canalizaban diariamente al hospital, (estos pacientes, como los de muchas instituciones, ya estaban pre-seleccionados, en cierta forma, por su propia asistencia a un servicio especializado) y concluyó que podía trabajar con grupos de ocho personas (Portillo, 2000).

La mayor parte de los autores aconsejan las entrevistas individuales previas al ingreso al grupo, con la finalidad de preparar al paciente y proporcionarle la información necesaria, además de que se familiarice con la pareja psicoterapéutica y el método psicoterapéutico, es una forma en la que se le facilitará integrarse al grupo, además de que disminuirá la ansiedad y confusión que se deriva de las fantasías del ingreso al grupo; ayudará al establecimiento de un vínculo inicial entre la pareja psicoterapéutica y pacientes, y hará que el candidato a integrante se sienta apoyado y comprendido frente a los extraños del grupo.

La psicoterapia grupal eficaz implica la selección correcta y el debido agrupamiento y la selección de los pacientes. En un principio, es necesario establecer diagnósticos de cada paciente para determinar en qué medida se adapta cada uno de ellos a cualquiera de los diversos tipos de tratamiento. Sobre este punto, Slavson (1976) afirma que para obtener la unificación del grupo es necesario integrarlo con pacientes que posean características similares, no sólo en cuanto a la enfermedad sino también en lo referente al sexo, edad, nivel socioeconómico, etc., a estos grupos los denomina homogéneos.

Por su parte, Grinberg, Langer y Rodrigué (1961), opinan que al planificar la composición del grupo e intentar conocer en lo posible a sus futuros miembros, se obtiene un grupo que no es representativo de los mundos interno y externo, sino de algo previsible.

Durante el proceso de selección y agrupabilidad habitual, se considera necesario explorar la existencia de personas conocidas del paciente en el grupo que se considera apropiado para incluirlo. La amistad o algún otro tipo de intimidad entre los futuros

miembros del grupo incrementan la resistencia a mostrar lo que realmente se siente y se piensa, ya que puede existir temor a la traición o a la pérdida del afecto de los amigos o personas conocidas.

La selección de los pacientes atiende factores como la motivación del mismo, nivel de angustia, las metas de tratamiento y el enlace inicial entre terapeuta y paciente, esto significa la disposición del paciente ante el tratamiento grupal en general (Dies, 1993).

El proceso diagnóstico en la psicoterapia grupal, constituye el proceso de selección donde se incluye la evaluación de la referencia del paciente a un determinado grupo psicoterapéutico, lo que implica el diagnóstico o consideración de su agrupabilidad.

Ambos diagnósticos pueden realizarse de forma individual o grupal. La selección del paciente individual sólo tiene sentido en relación con el grupo particular en donde se considera su participación (Portillo, 2000).

Grinberg, Langer, y Rodrigué, (1961) entre otros autores, mencionan que la primera entrevista con el psicoterapeuta (o psicoterapeutas, si existe un coterapeuta) debe ser lo más breve posible para evitar el desarrollo de una transferencia central (con el terapeuta o coterapeuta), lo cual dificulta el desarrollo de transferencias laterales (hacia los demás miembros del grupo). Mencionan que es preferible no conocer la historia íntima del paciente en esta primera entrevista, para no perder la visión general del grupo, ni sentirse tentados a formular interpretaciones individuales. Además afirman que las informaciones previas predisponen a una mayor intelectualización, restringiendo la posibilidad de la libre emergencia de las reacciones personales.

1) La estructura de la personalidad: para la inclusión en grupos heterogéneos, abiertos, debe ser neurótica. El paciente debe tener capacidad para mantener la percepción de sí mismo y poder sumergirse en los procesos grupales.

2) Relaciones de objeto: Los pacientes deben estar cercanos a las relaciones de objeto totales y poseer movilidad de roles por ejemplo, poder cambiar de hablar a escuchar.

3) Factores externos: los que contribuyen a la realización de las situaciones resistenciales constituido por situaciones de malestares psicológicos y crisis del individuo.

4) Factores contra transferenciales, algunos terapeutas afirman que, si el terapeuta experimenta disgusto o desinterés hacia el paciente, la contratransferencia no solo es un aspecto central en la selección de pacientes, sino también en la formulación de interpretaciones.

5) Factores del grupo: es importante valorar la capacidad del paciente para funcionar en una situación de grupo para esto se recurre a los indicadores que aportan sus relaciones previas en la familia, escuela, trabajo, sociedad, grupos políticos y religiosos, todo esto se debe indagar de forma previa.

Grotjahn (1979) por su parte considera que es más fácil lograr beneficios en el grupo, obtener juicio de realidad, capacidad para comunicarse y convencimiento de la existencia del inconsciente que en el análisis individual, por lo que el grupo resulta más beneficioso y terapéutico, en donde muchos análisis individuales fracasan.

4.5 Preparación para el grupo

La atención a un problema psicoterapéutico en específico, comienza durante el periodo de evaluación, durante las primeras entrevistas las cuales nos darán las primeras impresiones de los problemas a abordar.

Una de las principales cosas que tiene que realizar el psicoterapeuta de grupo, son las entrevistas individuales con anterioridad, con el objetivo de dar inicio a la psicoterapia grupal, estas primeras entrevistas nos llevan a establecer la confianza entre paciente y psicoterapeuta. Además de que en estas primeras entrevistas ayudan a iniciar y promover la interacción y la transferencia entre paciente y terapeuta (Grotjahn, 1979). El objetivo de estas entrevistas es esclarecer lo que Franz Alexander y French (1965) denominaron, una “reconstrucción dinámica” como base de la comprensión recíproca y el tratamiento.

Powdermaker y Frank (1953) aconsejan tener una serie de entrevistas individuales previas a la psicoterapia de grupo para preparar al paciente y proporcionar datos informativos necesarios para que al llegar al grupo lo haga en condiciones de familiaridad y conocimiento, que facilitará una ubicación favorable dentro del mismo; ayudando a disminuir la ansiedad y la confusión, además de permitir el establecimiento y una alianza terapéutica entre el psicoterapeuta y el paciente, esto le hará sentirse más apoyado y comprendido frente a los “extraños”.

Otra de las ventajas de una primera entrevista individual es que el psicoterapeuta interioriza los problemas individuales para utilizarlos e integrarlos posteriormente en el funcionamiento y beneficio dentro del grupo.

Otro psicoterapeutas como Ezriel (citado en Grinberg, Langer, y Rodrigué, 1961) sostiene una opinión diferente ya que consideran que las informaciones previas predisponen a los pacientes a una mayor intelectualización basada en el conocimiento teórico adquirido, restringiendo la posibilidad de la libre emergencia de las reacciones emocionales. Además, este mismo autor considera que las tensiones y las reacciones producidas por el contacto entre personas que se desconocen, constituyen un material con gran valor para ser interpretado, y conduce a nuevas dificultades y diferencias individuales dentro del grupo psicoterapéutico.

La labor de la pareja psicoterapéutica consiste en orientar y mantener la discusión, para posteriormente interpretar las causas o motivaciones al problema que se presenta en el grupo. La interpretación cobra relevancia teórica y práctica, y ésta casi siempre va dirigida al problema de un determinado individuo del grupo.

En la medida que el grupo es homogéneo lo dicho para el paciente puede ser de gran beneficio y aplicable para los demás pacientes, ya que presentan una situación análoga de conflictos y se busca el beneficio indirecto o por lo que se denomina resonancia, de las interpretaciones brindadas a un individuo dentro del grupo psicoterapéutico.

Tal y como lo menciona Foulkes (1978), nuestra tarea como psicoterapeutas, consiste, desde un principio, en interpretar las manifestaciones de angustia a medida que se vaya comprendiendo su naturaleza.

El proceso de selección y agrupabilidad culmina con la referencia del paciente al grupo que se considera adecuado para él. Algunos psicoterapeutas encuentran que, en el caso de personas aisladas, sensibles, esquizoides o resistentes a esta indicación

terapéutica, es necesario establecer una alianza de trabajo firme, antes de que se introduzcan en el grupo, con la finalidad de evitar una experiencia dolorosa para ellos y para el grupo (Portillo, 2000).

En las primeras entrevistas con los candidatos al grupo se puede explorar brevemente los prejuicios, temores y expectativas irreales con respecto al grupo, esto puede ayudar a disminuir la ansiedad ante el ingreso al grupo.

Dies (1993) descubrió hallazgos en encuestas realizadas a psicoterapeutas y pacientes, concluyendo que la asistencia y permanencia en el grupo terapéutico fue mayor entre los pacientes que recibieron preparación. La ambigüedad que genera el desconocimiento de lo que se enfrentará el paciente en las primeras sesiones alimenta sus distorsiones, temores interpersonales y angustia, con lo que se interfiere el desarrollo grupal inicial y se incrementan las deserciones prematuras (Portillo, 2000).

Algunos psicoterapeutas encuentran que, en el caso de personas aisladas, sensibles, esquizoides o resistentes a esta indicación terapéutica, es necesario establecer una alianza de trabajo firme, antes de incluirlos en el grupo, a fin de evitar una experiencia dolorosa para ellos y para el grupo; la necesidad de una preparación previa, es importante.

En el caso de que sea un grupo abierto, debe también notificarse en las entrevistas previas, y cuando llegue el momento de ingresar al nuevo candidato al grupo psicoterapéutico, se debe anunciar de forma antelada ya que indica un respeto por los integrantes, esto nos obliga a comunicar al grupo a quién se pretende incluir y por qué. El no hacerlo expone a situaciones anti éticas, además de explicar el “por qué” se considera adecuado el ingreso de un nuevo miembro, además, permite que el grupo

corrija la posibilidad de distorsiones contra transferenciales del psicoterapeuta o al coterapeuta.

4.6 Composición, integración de los grupos psicoterapéuticos.

Los grupos existen de forma variada, cada grupo es diferente y de desarrolla de forma variada, y la forma de trabajar también difiere, de acuerdo a cada necesidad y estilo del psicoterapeuta.

Dichos grupos difieren en tamaño, frecuencia de las sesiones, además los espacios de reunión también pueden cambiar, pueden reunirse en consultorios privados, hospitales, clínicas, iglesias, oficinas, lugares para la investigación como universidades (Grotjahn, 1979).

El tiempo es otro factor que cambia, hay grupos que trabajan en sesiones de cuarenta y cinco minutos o grupos que incluso pueden llegar a trabajar hasta llegar a las dos horas o más.

De acuerdo con Foulkes, el psicoterapeuta debe permanecer relativamente pasivo y apartado, solo debe ser un observador participante con la mente abierta. Los miembros del grupo se sientan en círculo y están desamparadamente visibles mientras exponen sus experiencias reveladoras y expresivas: la cara, las manos, y pies las cuales hablan con lenguaje corporal, donde el psicoterapeuta es parte del círculo igualmente vulnerable y no se permite otro tipo de relación dentro del grupo (Azuara, 2000).

Una vez integrado el grupo, va adquiriendo y adquiere una idea propia, que es rica en acontecimientos y fantasías, forjando su propia historia y creando su propio

idioma, a lo que Bion (1980) señala que el grupo se irá integrando, creando su propia historia en la preservación de su continuidad y cohesión.

A medida que el grupo va creciendo en integrantes, habrá menos interacción personal entre los miembros y el proceso se volverá más centrado en el líder. Los grupos más pequeños alientan mayor apertura psicológica y menos subgrupos (Mackenzie, 1990).

Se recomienda excluir a los pacientes que no están en probabilidad de beneficiarse de la experiencia de un grupo psicoterapéutico, como por ejemplo quienes rechazan un trabajo grupal. Según Ezriel (1950), resulta ser más útil cuando existe rechazo a la terapia individual, debido a sentimientos intensos de rivalidad, antagonismo o rebeldía contra figuras de autoridad, temores a la dependencia; angustias homosexuales; es decir, temores transferenciales.

Este último autor menciona que la terapia grupal resulta la más adecuada para perturbaciones neuróticas vinculadas con fuertes inhibiciones o dificultades de orden social; y resulta imprescindible para quienes se dedicarán al manejo de la dinámica de grupos.

4.7 El inicio, desarrollo y la terminación del proceso grupal.

Para iniciar un grupo, es necesario tener un marco de referencia adecuado, es decir, nos interesa saber qué fin perseguimos al reunirnos con un grupo de pacientes, en la forma que pensamos influir sobre la conducta individual y colectiva. Nuestros propósitos, técnica y experiencia dictarán el criterio a seguir. Para explicar cómo comprendemos al grupo debemos introducir el problema de la técnica, es

decir que emplearemos básicamente la misma técnica a lo largo del tratamiento, sin cambiarla.

La tarea central del terapeuta y coterapeuta se centra en establecer la confianza hacia esta pareja psicoterapéutica y hacia los integrantes del grupo. Se debe aclarar las normas, tanto explícitas como implícitas, es decir, desde esta primera sesión se debe ir estructurando el encuadre psicoterapéutico.

La iniciación del tratamiento, representa un momento psicológico de gran importancia. Por un lado reactivamos, en cada individuo, todas las angustias que despiertan lo desconocido; por otro lado colocamos las bases de una entidad colectiva, que en ese momento está casi exclusivamente centrada en el terapeuta y el coterapeuta, esperando nuestra guía nuestras normas y directivas.

En esta primera situación tan compleja, nuestra tarea consiste en interpretar las manifestaciones de angustia a medida que vayamos comprendiendo su naturaleza. Foulkes (1949) señala que una charla previa explicativa, aclaraciones detalladas con la finalidad de calmar la angustia y disminuir la desconfianza, no representan ventaja incluso pueden ser contraproducentes. Este mismo autor desaconseja estos procedimientos, ya que encubren resistencias de los integrantes del grupo, que un beneficio secundario del síntoma neurótico.

Grinberg, Langer y Rodrigué (1961) señalan que lo más importante es comprender e interpretar las angustias que van surgiendo y, en la medida que lo logramos, ir desde el comienzo elaborándolas. Es de gran importancia establecer el encuadre del grupo de admisión, para garantizar un campo operativo razonablemente y clarificado. Es conveniente e importante el trato hacia el candidato desde una primera entrevista.

Al inicio de la primera sesión del grupo de admisión es cuando se establece el encuadre. Se explicitan las características del grupo (grupo de admisión); la duración; los propósitos, es decir comenzar a conocer los motivos de consulta de cada uno de los integrantes, trabajar sobre sus conflictos, establecer la indicación terapéutica más adecuada; modalidad de trabajo, que se refiere a la participación libre, en donde todos pueden intervenir y comentar sobre lo propio y sobre el material de los demás, necesidad de confidencialidad al exterior, utilización de técnicas verbales y de acción; se habla sobre el horario; la frecuencia de las sesiones; los honorarios (si los hay); el lugar de las sesiones; nombre del terapeuta y coterapeuta (si es que hay uno) y número de pacientes, que en los grupos exclusivamente de admisión, depende el máximo ya que el mínimo es de tres, mientras en los de admisión y espera el mínimo es de ocho pacientes y el máximo treinta (Montoya, 1984).

Ya en una primera sesión, es muy común que surja un líder rebelde o un líder sumiso, o como sucede con frecuencia, aparecen dos líderes que expresan ambas tendencias, pero siguiendo el postulado de que hay que tomar el grupo como una totalidad expresiva, es preciso comprender la conducta del líder en función de los miembros restantes del grupo. Conviene hacer énfasis en que el líder del grupo es un vocero o está en función de los demás (Grinberg, Langer y Rodrigué, 1961).

El terapeuta tiene la responsabilidad de proporcionar al grupo el lugar de reunión, que debe contar privacidad, tranquilidad, asientos cómodos, se recomienda respetar, la distancia que necesita cada quien. Los lugares se disponen en círculo o en U, para permitir que se expongan a todas las miradas, los segmentos corporales que transmiten todo tipo de emociones.

Con respecto a esto diferentes teóricos concuerdan en que la psicoterapia de grupo es un proceso evolutivo. Este proceso pasa por distintas fases, que independientemente de la orientación teórica que la sustente, cada una de las fases tiene características propias que la señalan y la diferencian de las otras etapas del proceso de psicoterapia grupal.

Hartley, y Hartley (1959) señalan la existencia de distintas etapas de crecimiento psicológico hacia la madurez de los grupos:

Identificación: después del período de exploración, donde sus integrantes comienzan a aceptarse unos a otros, aumenta la libertad de expresión y se empieza a desarrollar la cohesión grupal.

Desarrollo de una mayor cohesión: en esta etapa surgen las metas colectivas, el desarrollo de normas dentro del grupo y el clima social típico de grupo psicoterapéutico.

Desarrollo de una jerarquía a base de status y de roles: los integrantes del grupo ocupan distintos roles y algunos ejercen más influencia que otros sobre los demás.

Mahler (1969) se refiere a cinco estadios: formación, implicación, transición, trabajo y finalización. Gazda (1989) por su parte, observa que los estadios a través de los cuales avanzan los grupos terapéuticos, son más notorios en los grupos cerrados, aquellos que mantienen los mismos miembros durante toda la existencia del grupo. Los cuatro estadios de este último autor son similares a los de Mahler: exploración, transición, acción y finalización.

Por otro lado Schütz (1973) describe tres estadios:

Necesidad de inclusión: Cuando se plantea la necesidad de inclusión, donde cada persona debe sentirse importante y significativo. Tiene que ver con la importancia

de establecer relaciones y asociaciones personales con otros, el explicar el grado de contacto deseado o expresado por la persona o simplemente la atención y el reconocimiento que la persona necesita de los demás. Indica tres formas de inclusión: por dependencia, que son los individuos menos socializados. El segundo sería de contra dependencia, son por lo general, son individuos de tipo adolescente que no han superado la etapa de rebelión típica de esa edad y tratan de forzar a que se les incluya en el grupo. Y por último, por interdependencia donde se encuentran los individuos mejor socializados.

Necesidad de control: el autor describe el nivel de competencia, inteligencia, apariencia, sentido práctico en la toma de decisiones, influencia y persuasión entre personas, el grado de poder o dominación que ejerce una persona sobre otros.

Necesidad de afecto: En el mismo sentido, cuando se hace referencia a la necesidad de afecto se habla de estar distante o cercano, reflejando el grado en el que las personas se involucran emocionalmente entre sí, además de ser el sentimiento de despertar simpatía en otros, a los lazos emocionales de la persona, las conexiones afectivas entre personas y al hecho de cuanto quiere la persona compartir con otros o cuanto busca ese compartir.

Hansen, Warner y Smith (1980) mencionan cinco estadios: iniciación del grupo, conflicto y confrontación, desarrollo de la cohesión, producción y finalización.

Cuando se acerca el final del grupo los miembros se resisten a separarse; la forma en que el miembro maneja su despedida refleja su manera de lidiar con la separación en otras relaciones. Para un buen cierre y terminación, es importante valorar el grado de integración y fortaleza yoica.

En la terminación del tratamiento grupal, Foulkes (1957) y Slavson, (1976) concuerdan que el individuo ha experimentado la mejoría de su autoimagen a través de la redistribución de la libido, el fortalecimiento del yo y la disminución en la severidad del superyó; a lo largo del tratamiento, el grupo colaboró en este proceso a través de su aceptación, corrección de las distorsiones de la autoimagen a través de la prueba de realidad y también aportando al individuo la posibilidad de identificarse con los aspectos valiosos de sus compañeros.

El proceso psicoterapéutico grupal atenúa o hace desaparecer el deseo de dominar a los demás y de someterse a ellos, la autoridad deja de ser un objeto ante el cual hay que humillarse o rebelarse, en función de los resentimientos que existen contra las figuras de autoridad del pasado.

Portillo (2000) afirma que en la última fase del proceso terapéutico el paciente se atreve a experimentar nuevos modos de pensar, actuar y relacionarse, a reconocer la existencia de sus necesidades antes inconscientes y rechazadas, e intenta satisfacerlas en forma sublimada, usando en forma constructiva sus potencialidades; con lo que logra tener una vida creativa y satisfactoria. Para ello, el miembro necesita haber aceptado no sólo su ser interno y sus necesidades, sino también su interdependencia con otros.

La idea de finalización, remueve en los pacientes y psicoterapeuta (s) asociaciones con la etapa de separación-individuación: pérdida, disolución, futilidad, impotencia, dependencia, muerte, inadecuación y abandono y genera movimientos defensivos. Provoca el retorno de conductas resistenciales que aparentemente habían desaparecido. Estos sentimientos se dan especialmente en los integrantes que no han alcanzado los objetivos que persiguen los demás, el individuo o individuos se

desilusionan, angustian, deprimen y devalúan (Anzieu, Bejarano, Kaës, Missenard y Pontalis. 1972).

La última sesión del paciente brinda al terapeuta la oportunidad de comprobar, en silencio, que el sujeto es capaz de bastarse a sí mismo frente a sus problemas y puede aprovechar la oportunidad para hacer notar al resto del grupo, las actitudes que favorecen el cambio terapéutico.

Al término de un proceso psicoterapéutico, Craige (2006) sugiere que es importante “dejar abierta la puerta abierta” por si existe un contacto futuro si es necesario, propone la posibilidad de mantener un contacto ocasional con los miembros del grupo una vez terminado el proceso psicoterapéutico, para realizar un seguimiento del proceso, aunque advierte que esta decisión debe ser tomada a partir del análisis de cada caso en particular y tomando en cuenta las vicisitudes del proceso.

Una de las cosas que vale la pena mencionar es la remisión, canalización o referenciación del paciente (s), esto debe ser pensado en cada caso en particular, dependiendo de la organización psíquica de cada paciente y los niveles de autonomía adquirida por este, durante el proceso psicoterapéutico.

4.8 La duración de las sesiones, el proceso grupal y los tipos de intervención verbal de los psicoterapeutas.

Si bien los pacientes aprenden tarde o temprano a explorar, analizar e interpretar sus estereotipias, lapsus, olvidos y motivaciones inconscientes, la intervención del terapeuta, aunque menos frecuente, sigue siendo necesaria, en especial cuando todo el grupo queda inmerso en intensas emociones o en situaciones resistenciales.

Con respecto a la frecuencia de las sesiones, dependerá de los mismos factores expuestos para el tamaño del grupo. Pero es aconsejable una frecuencia semanal, se requiere constancia de los pacientes para que el vínculo entre los participante no se enfríe.

En grupos cerrados por ejemplo, es importante establecer una fecha de cierre en el momento de la planificación del grupo. En general la duración varía de grupo a grupo. Un grupo debería ser lo suficientemente prolongado para que se pueda llegar a la fase productiva, pero sin generar la sensación de que no tiene finalidad.

La actividad de los psicoterapeutas de grupo constituye, de la apertura al cierre de la terapia, un modelo de identificación para los pacientes, en cuanto a la observación de las manifestaciones verbales y pre verbales de afectos; en la detección de pautas de conducta repetitivas y en la confrontación directa, pero cuidadosa con las reacciones que desencadenan las comunicaciones y actitudes propias en los demás. Su atención a la interacción y comunicación entre los integrantes del grupo se dirige al descubrimiento, exploración e interpretación de las resistencias que impiden, tanto la expresión afectiva como la de pensamientos, recuerdos y fantasías (Portillo, 2000).

Los pacientes con bloqueos afectivos importantes requieren ayuda para aprender a relacionar sus respuestas corporales con sus emociones. Una vez que los admiten, se ha vencido una defensa caracterológica importante; que permite explorar el significado afectivo del material que revelan; así como las fuentes infantiles del bloqueo que invalida sus vidas, produciéndoles sensaciones de vacío, hastío y falta de sentido. El grupo puede reconocer, en forma paulatina la exquisita sensibilidad narcisista de estos pacientes, oculta tras su fachada de indiferencia defensiva.

Además de que el terapeuta debe ayudar a que el paciente acepte la verdad que hay en las observaciones de los compañeros mostrándole su forma de defenderse, pero también investigando los motivos de irritación de quienes terminaron atacándolo; con lo que se descubre que la intolerancia hacia el compañero corresponde al deseo de que él resuelva por los otros un problema o rasgo de carácter que, sin saberlo, comparten con él. O bien puede señalar si surge en algún momento la rivalidad transferida de un hermano, padre u otras figuras significativas al paciente, cuya actitud recuerda la de algún personaje del pasado.

En términos generales, tras una interpretación al grupo como un todo, se muestra la forma en la que cada quien evade un tema, maneja una tensión o se defiende de una interpretación, que deja al descubierto aspectos inconscientes que provocan culpa o angustia. Estos señalamientos ayudan a que los pacientes comprendan los mecanismos de defensa que emplea cada uno frente a la misma situación emocional; lo que no sólo favorece el autoconocimiento, sino la diferenciación con respecto a los compañeros; ya que, a pesar de compartir todos la misma angustia, uno puede responder con agresión, otro con llanto y un tercero con racionalizaciones, en función de las series complementarias que determinan el predominio del uso de un mecanismo de defensa (Bach, 1957).

Las diferentes intervenciones del analista van (según el psicoanálisis) desde los silencios, preguntas, señalamientos, confrontaciones, brindar información, esclarecer, indicar hasta las distintas variantes del interpretar y el uso de las construcciones, son las herramientas del trabajo clínico psicoanalítico. Su complejidad deviene de esta corporeidad, los múltiples registros en el que trabajan y porque funcionan en un campo

transferencia-contratransferencia, y en registros tanto conscientes como inconscientes; estas características comienzan gracias a las aportaciones de Freud.

Mullan, H. y Rosenbaum, M. (1962), recomiendan que el psicoterapeuta y coterapeuta se encarguen personalmente de ser el portador de noticias relevantes, necesita ser claro con respecto a las los anuncios y noticias principales que atañen al grupo.

4.9 La importancia de la coterapia.

La coterapia es una forma de psicoterapia en la que dos terapeutas conducen las sesiones de forma simultánea. Los terapeutas tienen una relación horizontal en cuanto a jerarquía, rol y lugar que ocupan en el grupo (Pavlovsky y Abadi 1980).

La elección de un coterapeuta es una situación importante en la psicoterapia grupal, no debe tomarse a la ligera, la elección debe ser cuidadosa, meticulosa y metódica. Algunos psicoterapeutas prefieren trabajar solos en un grupo, y otros prefieren hacerlo con un coterapeuta, y esto puede tener algunas ventajas, según Yalom (1986) quien asegura que el éxito o fracaso de la psicoterapia de grupo depende en gran parte de la elección acertada de un coterapeuta.

Es conveniente seleccionar a un coterapeuta en el que sintamos confianza y franqueza, pero agrega que además de estas características, tiene que ser diferente a nosotros, ya que este complemento enriquece la experiencia de grupo ya que el carácter terapéutico del grupo se basa en buena parte en que cada miembro del grupo dispone de un amplio abanico de relaciones (incluyendo las diferentes aportaciones y puntos de vista de sus miembros) que pueden servir para conocerse mejor y aprender a resolver sus conflictos de una forma constructiva y adecuada (Yalom,1986).

A la hora de elegir y trabajar con un coterapeuta, puede ser importante elegir a un compañero con el que haya un equilibrio razonable entre los aspectos que se comparten y los que diferencian, de esta forma, hay un entendimiento y una complementariedad. Dónde la confianza es un elemento clave para lograr una relación en la que predomine la colaboración sobre la competición, además de que el diálogo disminuye el miedo, favorece la apertura y la confianza (Ruiz y Palacios, 2019) no solo en el otro, sino también se ve reflejado con los miembros del grupo, ya que pueden percibir una buena o mala relación de la pareja psicoterapéutica y esto influye de manera significativa en el grupo.

Además de que puede existir una distorsión en la transferencia si existen discrepancias en la pareja clínica, y se puede volver evidente cuando varios pacientes discuten con amplitud las distintas percepciones de los psicoterapeutas, (Yalom, 1986) ya que como se mencionó anteriormente, los integrantes se percatan de esta situación. Aunado a esto y en relación a la parte contratransferencial, la edad, el sexo, o algunas características personales de alguno de los psicoterapeutas, puede despertar también estas distorsiones en la relación transferencial.

.Al no trabajarse adecuadamente tanto la situación de pareja psicoterapéutica y la situación contratransferencial de los pacientes a los psicoterapeutas, existe el riesgo de romper el encuadre y no conseguir los resultados esperados. En la mayoría de los equipos de coterapia, a menudo inconscientemente, se dividen los papeles: el psicoterapeuta desempeña un papel más provocador, mientras que el otro puede ofrecer a apoyo y sirve como un armonizador psicoterapéutico.

La buena relación del coterapeuta favorece la comunicación circular en el grupo y ofrece un modelo que puede ser terapéutico y transformador en sí mismo. La coterapia amplía las posibilidades de transferencia en el grupo y por tanto su capacidad terapéutica. La coterapia puede ayudar al terapeuta a liberarse de aspectos narcisistas y de endiosamiento (Ruiz y Palacios, 2019).

Anzieu (1986) ve en el análisis intertransferencial un autoanálisis colectivo, que demanda de la verbalización de material personal, en forma similar a lo que sucede en la cura psicoanalítica, cuyo fin principal es favorecer el hallazgo de la interpretación pertinente. Limita su aplicación a las dificultades que plantea la circulación fantasmática en los seminarios de formación. El análisis intertransferencial puede captar, en el conflicto interno del equipo, el eco de una fantasía inconsciente que opera entre los participantes en el grupo, y escapa a la observación del equipo hasta que surgen dificultades en su seno.

Los coterapeutas deben poderse comunicar abiertamente y con confianza, trabajar en cooperación, estar dispuestos a compartir sus habilidades y ubicar el material inconsciente que afecta su función terapéutica. Cuando existe una pareja psicoterapéutica madura, reconoce mutuamente sus logros, lo que aumenta la satisfacción en el trabajo y refuerza el interés y disposición para continuar juntos.

Portillo (2000) afirma que las ventajas de la coterapia son:

- 1) El aumento en la efectividad psicoterapéutica.
- 2) Posibilidad de reproducir, en la transferencia, la relación madre-padre, así como el conflicto generacional.

3) Facilita la escisión bueno-malo, división muy conveniente al inicio del tratamiento con pacientes pre-estructurales.

4) Protege a los pacientes contra sus impulsos destructivos y también contra los del terapeuta único.

5) La coterapia en instituciones evita el síndrome de *stress* en los terapeutas y en la práctica privada amortigua la soledad profesional.

6) Incrementa el aprendizaje recíproco al compartir y discutir ideas.

7) Permite suplir al compañero durante sus vacaciones.

8) Favorece la investigación del proceso de tratamiento, la evaluación de las habilidades de los terapeutas y el análisis de los estilos de liderazgo.

9) Los pacientes aprenden un modelo de relación adulta cuando contemplan diferir, sin violentarse, a sus terapeutas, iguales en poder y autoestima.

4.10 Diálogo post sesión

El terapeuta y el coterapeuta (sea titulado o no), ya sea docente-alumno, etc., la comunicación entre la pareja es imprescindible, y necesaria por lo que necesita dedicarse un tiempo (depende de la pareja psicoterapéutica), al terminar la sesión de psicoterapia grupal, para llevar a cabo las impresiones percibidas durante la sesión de grupo.

Se debe ser sincero a la hora de la discusión, en ocasiones se evade la discusión por temor a la confrontación del compañero con respecto a la existencia de conflictos personales y puntos ciegos, no se profundiza no hay claridad, ni mucho menos objetividad en el tratamiento, esto puede interferir con la adecuada percepción de las comunicaciones de los pacientes. Si estas deficiencias no se hablan, puede desembocar

en resultados catastróficos para el grupo, incluso en la salida paulatina de los miembros. En la coterapia docente-alumno, ambos pueden sentirse mutuamente perseguidos, por la inseguridad con relación a sus respectivos conocimientos (Portillo, 2000).

El trabajo co-terapéutico no debe ser competitivo, debe ser armonioso, abierto, tener un estilo similar al del psicoterapeuta, si la situación es contraria a estas características el trabajo psicoterapéutico se verá coartado, y no progresará adecuadamente. La coterapia es un trabajo basado en la cooperación, la confianza y la comunicación adecuada.

Yalom (1986) menciona por ejemplo que si en el grupo se presentan problemáticas con los integrantes con respecto a los padres o los hijos, y existe una pareja psicoterapéutica padre-hijo, esto puede ser favorable y ayudar a resolver conflictos con los padres o los hijos, lo mismo pasaría si a problemática es con las parejas de los integrantes, la relación transferencial de los psicoterapeutas es de gran ayuda. Estos ejemplos describen la importancia de la elección adecuada de un coterapeuta, además de tomar en cuenta los objetivos del grupo para elegir a nuestro coterapeuta.

Pueden presentarse dificultades derivadas de la propia relación entre el terapeuta y el coterapeuta. Por eso, en caso de recurrir a la coterapia, no debe perderse de vista que esta constituye un contexto de colaboración, coordinación, compañerismo y trabajo conjunto y complementario en beneficio del paciente.

4.11 Importancia de registro y análisis del contenido de las sesiones grupales.

Una de las principales funciones del registro de las sesiones, es almacenar la información, con el motivo de recuperarla posteriormente si fuera necesario. Además de

favorecer el análisis sistemático del proceso psicoterapéutico y de brindar resultados relevantes, haciendo el análisis más significativo y coherente con evidencia científica de la información que emerge de cada una de las sesiones.

Pueden distinguirse varios tipos de registros de sesiones en psicoterapia según los objetivos, por ejemplo los registros literales de las sesiones y anotaciones que realiza el psicoterapeuta durante o después de la sesión. En términos generales estos registros pueden consistir en grabaciones de audio o video, transcripciones o codificaciones escritas o computarizadas de los diversos contenidos que aparecen durante las sesiones grupales (Benítez, 2010).

En el caso de psicoterapeutas en formación, son útiles fundamentalmente para la investigación y la supervisión de los casos. Tienen también el objetivo de plasmar por escrito la construcción sistemática que el psicoterapeuta hace con el desarrollo y el proceso psicoterapéutico que da lugar entre la sesión anterior y la sesión reciente.

Se trata de registrar los aspectos más relevantes de la sesión, aquello que el psicoterapeuta o psicoterapeutas consideren más relevante durante la sesión.

Otra de las ventajas del registro de sesiones en la psicoterapia de grupo, es facilitar la comunicación y comprensión de los casos (Benítez, 2010) entre el psicoterapeuta y el coterapeuta Implicados en un mismo marco teórico y un plan de tratamiento similar; además de que ayuda a planificar juntos la actividad asistencial, muchas ocasiones los registros ayudan y apoyan para coordinar las intervenciones para con el grupo.

4.12 El silencio en psicoterapia de grupo.

El silencio puede ser una respuesta de tipo pasiva, ante esta situación el psicoterapeuta debe preguntarse qué tipo de fantasía o situación se está expresando.

Grinberg, Langer, y Rodriugué, (1961) mencionan que el silencio puede dirigirse hacia algún integrante del grupo, incluso el silencio puede ser una manifestación de protesta contra ciertas actitudes, intervenciones, interpretaciones de algún integrante del grupo incluso del psicoterapeuta.

El silencio también puede ser una respuesta frente a las intervenciones propuestas por el psicoterapeuta. Puede también significar cierta dependencia de algunos integrantes o pueden ser señal de arrogancia y sobre valorización. Pero también hay silencios los cuales representan alguna elaboración de lo que se aborda o se abordó en el grupo, Incluso puede ser una expresión de una idealización al psicoterapeuta.

Para poder interpretar esto, es importante que el psicoterapeuta y el coterapeuta estén perfectamente atentos y concentrados de lo que sucede dentro del grupo.

Puede ocurrir que los psicoterapeutas no capten en algún momento, el sentido del silencio, sólo será suficiente señalar el silencio para evitar la paralización del grupo y así promover un nuevo material del cual se pueda trabajar.

En el grupo puede ocurrir con cierta frecuencia, que solo uno de los pacientes expresa un determinado conflicto. El psicoterapeuta interpretará en tal caso y basado el en material expuesto, lo que está latente o simplemente callado en los otros. Desde que el grupo construye una totalidad psicológica con una forma de expresión común, la interpretación se dirigirá a señalar los conflictos comunes, aunque no se manifieste en todos los integrantes del grupo (Grinberg, Langer, y Rodriugué, 1961).

4.13 Grupos homogéneos y heterogéneos:

En los grupos homogéneos, se trata de integrar a pacientes con las mismas características, no sólo a la enfermedad sino también a la edad, sexo, nivel socioeconómico, etcétera.

Según Anzieu (1965) menciona que la eficacia de las comunicaciones de un grupo, requiere de una determinada homogeneidad de los integrantes.

Depende de los objetivos y de los terapeutas que son los encargados de definir cuál de estos tipos de grupo son más beneficiosos para cierta población. En determinadas poblaciones uno puede ser más funcional que otro. Por ejemplo en un grupo de enfermos crónicos, con edades similares, puede ocurrir que sus miembros expresen sus sentimientos guardados por el sólo hecho de estar interactuando con sus pares con similares conflictos.

Sin embargo, son muy enriquecedores los grupos heterogéneos que permiten un crecimiento personal, ya que aportan una representación de la sociedad, y es, entonces donde se puede escenificar la vida diaria.

4.14 Grupos abiertos y cerrados

Los grupos abiertos o grupos cerrados es otro aspecto a definir en la planificación de la formación de un grupo. Cada tipo presenta sus ventajas; los abiertos permiten que un miembro nuevo reemplace al que abandona, imprimiendo un nuevo matiz. Una dificultad de los grupos abiertos es que los nuevos miembros desconocen lo acaecido anteriormente dificultando el ser parte del grupo. Otra desventaja es que la cohesión del grupo se ve afectada cuando la rotación de sus integrantes es elevada.

En estos casos, el terapeuta deberá dedicar tiempo y atención para preparar a los nuevos integrantes y ayudarlos, tener ética para introducirlos de forma que no sea tan agresiva para los integrantes del grupo. Por su parte, los grupos cerrados son aquellos que desde su iniciación decide continuar sin modificaciones en su estructura. Puede brindar a sus integrantes estabilidad y cohesión, ya que puede que se vaya formando un vínculo más estrecho entre sus integrantes.

4.15 La teoría psicoanalítica de los grupos.

El método psicoanalítico en sí, que considera al individuo en una “situación”, es decir en una constante interacción con la sociedad en la que se rodea. Se indaga al individuo en el punto de unión de los conflictos primitivos en su historia pasada y la forma de resolverlos en un momento presente “El aquí y el ahora” de la situación transferencial, lo que permite una comprensión más profunda a los problemas que lo aquejan (Ginberg, Langer y Rodrigué, 1961).

El psicoanálisis se inició como un método psicológico elaborado por Freud para curar los trastornos neuróticos; en un principio, y los síntomas histéricos, fue el primero en reconocer el fenómeno transferencial y convertirlo en instrumento técnico, esta situación transferencial le permite al paciente la reconstrucción del pasado en la medida en que éste se manifiesta como una reviviscencia. Se puede decir que Freud pudo, por primera vez, integrar la vida emocional del hombre en una teoría sistémica de la psique humana, porque estudió ésta expresión de la mente en su contexto adecuado.

La psicoterapia de grupo fue iniciada por Pratt, como ya se mencionó anteriormente, trabajó en una sala de pacientes tuberculosos, posteriormente los primeros en llevar el psicoanálisis a los grupos fueron los psicoanalistas: Burrow, Slavson, Schilder y Klapman.

Bion (1980) menciona los momentos que caracterizan al grupo, relacionándolos con los momentos del desarrollo del niño, el grupo genera estados que en ocasiones serán muy regresivos en sus componentes, lo cual determina diferentes formas de ansiedades básicas, entre las cuales destacan fantasías amenazantes de destrucción y desintegración del grupo.

Al transferir el encuadre psicoanalítico al grupo, se introduce también el modelo grupal la neutralidad de la escucha del analista y la regla de la abstinencia.

Por otra parte Foulkes (1978) sugiere que el psicoterapeuta debe permanecer relativamente pasivo y apartado; se convierte en un observador participante, con una mente abierta.

En la psicoterapia psicoanalítica grupal, se considera importante incitar a un dialogo adecuado entre los integrantes del grupo y estimular de forma profunda las problemáticas en común que se dan dentro del grupo, además de centrarse en los hechos, en lo real, en las relaciones específicas de su vida, pasado y presente y como a lo largo de su vida se van construyendo los patrones de relación.

Bion (1978) y Pichón Rivière (1985), coinciden en que son funciones que asumen los integrantes de un grupo psicoterapéutico en distintos momentos del proceso grupal, están basadas en su historia personal, para cumplir los mandatos de la dinámica grupal y para resolver problemas de la misma

4.16 Los sueños en el grupo.

Freud (1899), pionero en el análisis de los sueños, menciona que el sueño es el resultado de nuestra propia actividad anímica, representado por imágenes visuales surgidas por representaciones involuntarias y por imágenes auditivas proyectadas en la vida diurna.

La teoría Psicoanalítica otorga una gran importancia al mundo onírico a partir de la interpretación de los mismos, revelando en cada uno de los sueños un producto psíquico pleno, al que se le puede encontrar un sentido determinado en la actividad anímica de la vida diurna. Es Freud, entonces, quien revoluciona el significado de los sueños con su nueva teoría, rompiendo así con el aspecto mágico-religioso, profético y de rasgo secular que se había atribuido a los sueños, inclinándose hacia la parte epistemológica psicoanálisis.

Portillo (2000) menciona que constituyen, tanto para el grupo como para el psicoterapeuta, un recurso para situarse en la transferencia, cuya evolución se facilita a través del uso psicoterapéutico del fenómeno onírico. Los sueños en el grupo se presentan como una gestalt que duplica la que el grupo intenta completar a través de su proceso evolutivo.

El sueño puede vislumbrar conflictos pasados y problemas interpersonales actuales con la familia, amigos, relaciones interpersonales, etc. Comunica la dinámica interpersonal, el devenir de la transferencia en la relación con el psicoterapeuta, es un medio para relacionarse con él, que proporciona perspectivas claras del soñante, de los otros y además de los problemas en la transferencia y contratransferencia, aunque las presente en forma disfrazada (Portillo, 2000).

Por lo general, los sueños grupales están menos distorsionados que en el análisis individual; su contenido manifiesto está cerca del latente se pueden vislumbrar conflictos reprimidos, pueden ayudar a romper resistencias, con lo que promueven el insight. El integrante del grupo puede presentar el sueño como un medio de comunicación con los diferentes miembros del grupo, pueda ser producto de la manera en que percibe a los compañeros al terapeuta para algunos miembros, el sueño es el único medio en que se atreven a expresar sus virtudes.

Kaës (1993), señala que el grupo no sueña, es uno de sus miembros el que organiza el material grupal en un sueño, es el portavoz de la palabra de otro (s), y funciona como lo ha hecho la madre con el bebé, necesario para la formación de su vida psíquica.

Al trabajar los sueños, el psicoterapeuta debe atender no sólo a su contenido, sino a la forma en que el soñante lo relata, como psicoterapeuta debemos estar atentos a como el integrante relata el sueño, desde su lenguaje no verbal, hasta olvidos, cambio de actitudes, el tono de voz, posturas, etc., y se recomienda también pedir autorización al soñante sobre leer el sueño a los integrantes del grupo.

Para enseñar a un grupo de pacientes sin experiencia terapéutica a trabajar el contenido onírico adecuadamente, el psicoterapeuta debe investigar cuándo se presentó el sueño, que actividades realizó un día antes, las asociaciones que tenga con respecto al sueño, si hay ideas sobre lo que puede significar, o si piensa que tiene relación con algo que haya pasado recientemente para el soñante; después que el soñante haya expresado todas sus ideas y asociaciones, se le pregunta al grupo si se les ocurre algo,

o tienen una idea sobre el sueño, de esta forma el grupo comenzará a trabajar los sueños de los integrantes que lo presenten.

El sueño de uno de los miembros del grupo en acción, se convierte en el sueño de todos sus miembros, es decir, en el “sueño del grupo”, donde todos proponen interpretaciones (Grotjahn, 1979), incluso cada miembro puede tener asociaciones, ideas, recuerdos, despertar emociones, etc., con respecto al sueño que se está abordado y eso puede ser enriquecedor para la interpretación.

Los psicoterapeutas como Yalom (1986), Kutash y Wolf (1993), consideran que el sueño debe usarse al servicio de la tarea primaria del grupo: explorar el aquí y ahora de las relaciones interpersonales de cada uno de los miembros.

Todo este material analizado correctamente y las interpretaciones oportunamente formuladas por el psicoterapeuta, lograrán llevar a la consciencia de los pacientes sus impulsos, angustias, fantasías que se encuentran reprimidas y puede darnos un atisbo sobre los sentimientos que está experimentando la persona en su actualidad, por ejemplo la enojo, ira, tristeza, miedos, etc.

Por ejemplo, para Freud (1899) los sueños de angustia y los displicentes eran también como los sueños de satisfacción, realizaciones de deseos. El deseo reprimido desencadenará en afectos que pueden ser displacenteros, incluso llegará a poner fin al sueño, interrumpiendo el reposo con el desarrollo de la angustia.

Fromm (2012) con respecto a lo sueños, nos menciona que el lenguaje simbólico es un lenguaje en el que el mundo exterior constituye un símbolo del mundo interior, un símbolo que representa nuestra alma y nuestra mente. Algunos símbolos eran utilizados para señalar ciertos padecimientos somáticos que se provocarían en el

soñador, y cuyos primeros síntomas eran reconocidos primero por el inconsciente donde además se ve reflejado nuestro carácter, y sobre todo aquellos aspectos que no aparecen en nuestra conducta manifiesta.

En resumen, todo lo expuesto anteriormente con respecto a el mundo onírico, será de suma importancia para entender el padecimiento actual del paciente, entender el malestar por el que está pasando, y que muchas veces no puede ser expresado de manera adecuada, pero los sueños son una herramienta sumamente importante para descubrir lo que el soñante intenta expresarse a sí mismo referente a su malestar y sufrimiento psicológico.

5. Planteamiento del problema.

A pesar de que en nuestro país no hay suficientes estudios o cifras científicas realizadas sobre población de los cuidadores y familiares primarios de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, basta con visitar los hospitales, para percatarse de que existen bastantes familiares en la sala de espera a la expectativa de recibir noticias del progreso del padecimiento de sus enfermos.

Y estos cuidadores también deben ser tomados en cuenta para que les brinde atención y apoyo psicoterapéutico.

El equipo de salud debe reconocer a los familiares como parte integral de la red de apoyo del enfermo, ser sensible también a las necesidades de la familia y cuidadores primarios, manteniendo una actitud proactiva en todo momento para ayudarles a comunicarse bien con el enfermo, evitando la carga emocional de los familiares y cuidadores primarios, brindando el apoyo psicológico adecuado que les permita también satisfacer sus propias necesidades físicas, psicológicas y emocionales sin aislarse de sus otros seres queridos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) las Enfermedades Crónicas Degenerativas (ECD) son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardiovasculares, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias, diabetes y la obesidad, son las principales causas de mortalidad en el mundo, y van en aumento muy rápidamente, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. (OMS, 2019).

En América Latina, son la principal causa de muerte y enfermedad, ya que representan 68% de las muertes y 60% de los años de vida ajustados por discapacidad en la región. Los sistemas de salud de los países de la región no se encuentran preparados para hacer frente a la carga epidemiológica y económica que las Enfermedades crónicas suponen. (Institute for Health Metrics and Evaluation. Global burden of disease, 2014).

En México las ECD, son padecimientos que están matando a los mexicanos por falta de atención. En 2014 murieron 633 mil 641 mexicanos en todo el país. En el diario el Universal, Guazo (2016) señala que el 90%, es decir 560 mil 784, fallecieron por alguna enfermedad no transmisible. La diabetes mellitus, infartos, tumores malignos, enfermedades del hígado y pulmonares obstructivas fueron los principales padecimientos. Estos males crónicos representan el 50% de las muertes en México. En 23 de los 32 estados del país la diabetes es el principal enemigo del sistema nacional de salud (Guazo, el Universal, 2016).

La mortalidad General en Morelos como a nivel nacional se ha visto dominada por enfermedades crónicas degenerativas tales como la diabetes mellitus, enfermedades del corazón y tumores malignos que en el Estado ocupan el 44% del total de causas de muerte y se ha convertido en un foco de atención. La evolución en esta primera década del presente siglo de este tipo de enfermedades como causa de muerte, ha tenido una velocidad superior al crecimiento poblacional, por lo que su impacto es un verdadero reto para el desarrollo de la sociedad y sus servicios de salud, para atender a éstas enfermedades (Periódico Oficial "Tierra y Libertad", 2014).

Los datos expuestos anteriormente son alarmantes, las cifras hablan por sí solas, las ECD obligan a modificar el modo de vida del paciente, afectando todos los aspectos de su vida y la de su familia, que persistirán a lo largo del tiempo, ya que son causa potencial de muerte.

Por un lado, quien padece la enfermedad se enfrenta a condiciones de frustración, ira, negación, depresión y por otro lado, la familia tiene que tomar decisiones muy importantes y difíciles, reorganizarse, replantear expectativas y adecuar sus metas y objetivos a la situación, ya que el tratamiento de un enfermo crónico-degenerativo no sólo involucra a éste, sino que también, de forma fundamental, a los demás integrantes de su familia (Reyes, Garrido, y Torres, 2001).

Entonces la familia y los cuidadores primarios del paciente se convierten en la principal red de apoyo para el paciente y los exponen a importantes fuentes de estrés y desgaste emocional, ya que algunas enfermedades pueden ir evolucionando hasta llegar a un estado crónico del paciente y desembocar en un estado terminal o final de la vida del enfermo. Y si el enfermo es uno de los principales o el principal sustento de la familia, la situación económica es aún peor, ya que pone a los demás integrantes de la familia en una angustia y estrés excesivos.

Estos procesos se caracterizan por la confluencia de complejas consecuencias físicas y psicosociales. El impacto vital de estas enfermedades incluye asimilar un mal pronóstico y una perspectiva vital limitada, arduos tratamientos, el manejo de síntomas complejos como el dolor, la falta de control y

la autonomía (dependencia), y las dificultades en la comunicación y la relación con los seres queridos con respecto a la enfermedad y la muerte. Todos estos retos son potenciales fuentes de malestar emocional y existencial (De Vries, Schilder, Mulder, Vrancken, Remie y Garssen 1997).

La situación de enfermedad genera en el familiar miedo, incertidumbre y un malestar subjetivo que se ha abordado mediante intervenciones psicosociales que tienen como fin último mejorar el ajuste y la adaptación a la enfermedad. Sin embargo, son escasos los trabajos que analizan sistemáticamente los efectos de la intervención psicológica en estos pacientes y en muchas ocasiones son difícilmente contrastables, pues han empleado distintas perspectivas teóricas, distintos procedimientos terapéuticos, y distintos controles metodológicos. (Barreto, Ferrero y Toledo, 1993).

Gómez y Escobar (2006) plantean que las personas expuestas a periodos prolongados de estrés, como es el caso de los cuidadores (pareja, hijos, hermanos, madres, padres, etc.), ven alterado su sistema inmune y manifiestan una mayor susceptibilidad a enfermedades respiratorias e infecciosas; además, tanto los individuos jóvenes como adultos responsables de un familiar enfermo muestran una cicatrización más lenta; a la vez, los familiares expuestos a ese estrés tienen una mayor probabilidad de exhibir alteraciones del sueño, malnutrición o desnutrición, sedentarismo y consumo de alcohol y tabaco, repercutiendo en su salud.

No sólo eso, la familia se ve envuelta con sentimientos ambivalentes hacia el familiar enfermo, lo que en ocasiones lleva a la mayoría de los familiares a alejarse de éste, evitando y delegando en algún otro integrante la función de cuidador, que en la mayoría de las ocasiones son mujeres (madre, hija, hermana o algún cuidador primario

como enfermera, incluso algún pariente no directo), quienes a la vez se vuelven también vulnerables física y emocionalmente.

Ante esto, algunos beneficios de las intervenciones a este tipo de personas incluyen la reducción de la fatiga, el dolor y el estrés asociados a los propios síntomas físicos, consecuencia de la enfermedad. Estos efectos beneficiosos se han observado tanto en intervenciones estructuradas como en otras menos estructuradas, pero siendo especialmente evidentes sólo para pacientes con niveles basales elevados de sintomatología. (De Vries, Schilder, Mulder, Vrancken, Remie y Garssen 1997).

Aunado a eso, los grupos de psicoterapia tienen la ventaja de ser más beneficiosos si hablamos en coste-efectividad que la terapia individual y hay una mayor evidencia de su mayor efectividad así como la mejora de la calidad de vida de los pacientes, porque reduce su aislamiento social, su enfado, la ambivalencia hacia el enfermo, facilitando el aprendizaje de actitudes adaptativas y estrategias de afrontamiento ante las ECD.

Spiegel (1995) propone los siguientes beneficios de la psicoterapia grupal en comparación con la psicoterapia individual, las ventajas son:

1. Apoyo social. Los participantes en un grupo de apoyo pueden tener la posibilidad de crear o aumentar su red de apoyo social, reduciendo el aislamiento.

2. El apoyo mutuo que se produce en el grupo, en el cual la persona mejora en autoestima a través de prestar apoyo a los demás y ayuda a aprender actitudes adaptativas entre los miembros del grupo.

3. El coste-beneficio. La terapia de grupo permite atender a un número mayor de pacientes con un menor coste económico en el número de profesionales.

Además la psicoterapia grupal ayuda al afrontamiento de sentimientos de incertidumbre, desesperanza y falta de control, la disminución de miedo a morir, reordenar las prioridades de la vida, mejora de las relaciones familiares y de amigos, y el adecuado manejo del dolor y la ansiedad.

Dicho lo anterior, esto lleva a las siguientes preguntas de investigación:

1.- ¿Cuáles son las experiencias y vivencias psicológicas de los cuidadores primarios?

2.- ¿Cómo han sido las estrategias de atención a familiares de pacientes con enfermedades-crónico degenerativas?

3.- ¿Cuáles son los beneficios que brinda la psicoterapia de grupo que se brinda a familiares y cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

Objetivos

Objetivo General:

Brindar psicoterapia psicoanalítica de grupo a familiares de pacientes y cuidadores primarios con enfermedades crónicas degenerativas en una institución pública del municipio de Tepoztlán, para disminuir el desgaste emocional que conlleva el cuidar a un enfermo crónico, y posteriormente evaluar la eficacia del tratamiento.

Objetivos Específicos

- Brindar psicoterapia de grupo a familiares y cuidadores primarios con pacientes con enfermedades crónico degenerativa.
- Generar un espacio psicoterapéutico donde los integrantes puedan expresar adecuadamente su sentir con respecto al enfermo y su cuidado.
- Identificar los principales beneficios que brinda la psicoterapia de grupo psicoanalítica a los familiares o cuidadores primarios con pacientes con enfermedades crónico degenerativas.
- Evaluar la eficacia de la psicoterapia grupal psicoanalítica a través de autoreportes y entrevistas individuales al final del tratamiento.

Supuesto:

La psicoterapia de grupo aportará beneficios psicológicos tales como la disminución de la ansiedad, miedo, estrés, desgaste emocional, etc., además de que representará un espacio para liberar tensiones acumuladas, ya de que habrá personas con la misma problemática y abonará en la creación de estrategias adecuadas para sobrellevar la carga física y psicológica del familiar enfermo.

Método

Diseño de la investigación

La presente investigación se realizó con una metodología de tipo cualitativa, donde se recabaron datos por medio de la observación participativa, y técnicas psicoanalíticas como las asociaciones, actos fallidos, recuerdos, fantasías, sueños entre otros. Con la finalidad de interpretar los aspectos inconscientes dentro del grupo.

Se realizaron observaciones y anotaciones de la dinámica grupal, así como los eventos importantes que ocurrieron dentro del grupo, para tener evidencia de cada una de las sesiones y dar un seguimiento adecuado al trabajo psicoanalítico grupal.

Se evaluó el avance de acuerdo con una entrevista abierta semi-estructurada, a cada uno de los integrantes del grupo, donde describirán sus síntomas. En la recta final de las sesiones, se hicieron reflexiones y retroalimentaciones con respecto al trabajo que se realizó en cada una de las sesiones, para identificar si los malestares psicológicos disminuyeron, o si a alguien ya no le dio tiempo de expresar algún sentimiento o malestar, y de ser así, se abordó al inicio de la siguiente sesión.

La intervención/investigación, se realizó en un periodo de 3 meses, con un total, de 9 sesiones, se trabajó con psicoterapia psicoanalítica breve y focalizada.

La integración del grupo psicoterapéutico se realizó por medio de un muestreo por conveniencia.

Propuesta de intervención

El tipo de intervención de la presente investigación, se llevó a cabo con psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, con un grupo conformado por 5

pacientes, ya que de 9 personas entrevistadas que fueron aptas para integrar el grupo psicoterapéutico, solo 5 fueron interesadas en integrarse. Las sesiones tuvieron una duración de noventa minutos cada una.

La intervención tuvo una duración de nueve sesiones grupales. Tuvo una duración de tres meses, a causa de las restricciones sanitarias por la COVID-19 impuestas por el director de la unidad. El trabajo se realizó con el apoyo de un coterapeuta.

Participantes

Se trabajará, con familiares de enfermos y cuidadores primarios con alguna ECD, hombres y mujeres de edad entre 15 y 60 años, que estén solicitando ayuda psicoterapéutica y los que aún no la solicitan promover por medio de difusión de carteles, trípticos, canalizaciones e invitaciones de los mismos médicos y que además los familiares o cuidadores primarios estén dispuestos a recibir ayuda psicoterapéutica de grupo.

La convocatoria y la difusión del servicio de psicoterapia de grupo se harán vía carteles dentro y fuera de la misma institución.

Se conformó un grupo de 5 pacientes, existieron criterios de exclusión e inclusión al grupo, y este último fue que los familiares o cuidadores primarios estén pasando por una situación de crisis y de angustia de acuerdo a las escalas de Beck y Zarit. El dispositivo grupal incluyó la participación de una coterapeuta, psicóloga con maestría terminada y con amplia experiencia en el área clínica, que apoyó en la observación, en la realización de intervenciones, y en la toma de notas

del protocolo de registro de cada sesión, lo que sirvió y abonó en analizar la evolución y evaluación del tratamiento del dispositivo grupal.

Los integrantes del grupo fueron 5 mujeres con licenciatura en enfermería, sus edades que oscilan entre 22 y 55 años de edad, todas son cuidadoras primarias principales de sus padres, tres de ellas con padres diagnosticados con diabetes tipo I y II, incluso ya con extremidades amputadas. Una de ellas, la más joven está al cuidado de sus abuelos, ambos con edades avanzadas, el abuelo padece de diabetes tipo II. Otra integrante tiene una madre que padece vasculitis renal.

Técnicas e instrumentos

Entrevistas abiertas semiestructuradas a los familiares y cuidadores primarios con pacientes con alguna ECD, notas y registros de cada una de las sesiones grupales, se realizaron 9 sesiones durante tres meses, con estrategias de intervención de orientación psicoanalítica.

Se realizó un test antes de tratamiento y una breve entrevista después del tratamiento para evaluar la eficacia de este.

Se aplicaron dos escalas: la Escala de Sobrecarga de Zarit y la ansiedad de Beck. La primera está diseñada para evaluar la experiencia subjetiva de sobrecarga apreciada por los cuidadores primarios; en su versión original existen 29 ítems enfocado en 5 dominios en los cuales habla de la sobrecarga en la relación, bienestar emocional, vida social – familiar y finanzas; en su traducción al español consta de 22 ítems ya que es un instrumento que puede ser auto aplicado para la valoración de la sobrecarga, constando de dimensiones físicas, psíquicas, sociales y económicas; donde se evidencian las

consecuencias en la salud de los cuidadores y cuidadoras que llegan a presentar como consecuencia de cuidar a los enfermos. Cada una de las preguntas se valora a través de una escala tipo Likert; que consta de 5 opciones de respuesta, la puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango, por lo tanto, oscila entre 22 y 110 puntos (Tartaglini, Feldberg, Hermida y Heisecke, 2020).

Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

Los diferentes grados de sobrecarga se establecen en función de la puntuación obtenida:

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

Con respecto a la segunda que es el inventario de ansiedad creado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988) conocido como BAI por sus siglas en inglés, es una de las herramientas que se emplean con mayor frecuencia con el propósito evaluar la presencia de los principales síntomas de ansiedad. Está constituido por 21 reactivos tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta que se califican en una escala de cero a tres.

El inventario está conformado por 21 reactivos. Al aplicarse, se pide a los respondientes que indiquen cuánto han sido afectados por una serie de síntomas durante

la última semana. La calificación se hace a través de una escala tipo Likert de 0 a 3, donde 0 significa la ausencia del síntoma y 3 su severidad máxima. El puntaje total se obtiene de la suma de cada uno de los reactivos, siendo 0 el puntaje mínimo y 63 el máximo. Las normas de calificación en población mexicana son: de 0 a 5 puntos, ansiedad mínima; de 6 a 15, ansiedad leve; de 16 a 30 puntos, ansiedad moderada, y de 31 a 63, ansiedad severa. El criterio para considerar la ansiedad como clínicamente relevante es obtener 16 puntos o más. (Guillén y González, 2019).

Escenario

Centro de Salud del municipio de Tepoztlán, Morelos. Es una Institución Pública ubicada en el centro del municipio, es un Centro centinela, que se refiere a que son unidades de atención que trabajan las 24 horas, los 365 días del año; uno de sus propósitos es brindar atención con servicios integrales.

Procedimiento

- 1.- Contactar a una institución.
- 2.- Pedir la debida autorización y consentimiento informado a las autoridades competentes de la institución de salud, para realizar la presente investigación.
- 3.- Detectar a personas que tengan familiares con alguna ECD.
- 4.- Solicitar al personal del hospital canalice a los familiares que demanden ayuda psicoterapéutica, e invitar vía trípticos y carteles a los familiares y cuidadores primarios al grupo psicoterapéutico, incluso hacer invitación aun cuando no lo demanden.
- 5.- Conformar al grupo psicoterapéutico y encuadrar al mismo.

- 6.- Iniciar el proceso de psicoterapéutico grupal.
- 7.- Realizar el cierre del grupo psicoterapéutico.
- 8.- Evaluar los resultados y el alcance del tratamiento.
- 9.-Contactar a los pacientes después de tres meses para hacer una evaluación de seguimiento.
- 10.-Integrar los resultados y los avances por medio de la observación y el análisis del discurso.
- 11.-Elaborar las conclusiones de la intervención/investigación.

Ejecución

La maestría contó con cuatro semestres en total, la gestión de la intervención/investigación, marco teórico realizó durante el primer semestre, además de detectar el posible escenario para el trabajo de campo. En el segundo semestre se envió el proyecto al Comité de Ética en Investigación del CITPSi, posteriormente se inició el trabajo de campo para llevar a cabo la intervención y seguir con el marco teórico. En el tercer semestre se realizó casi por completo el marco teórico y el análisis de los resultados. En el cuarto semestre se llevó a cabo la discusión, las conclusiones y la integración y la entrega del borrador final. El objetivo de esta intervención/investigación, se realizó con éxito, cumpliendo con los objetivos de esta tesis.

Esta investigación se realizó en un Centro de Salud del municipio de Tepoztlán. Inicialmente con cinco pacientes. Después de la tercera sesión una de las integrantes tuvo que salir del grupo ya que entró en su periodo vacacional, quedando el grupo con sólo 4 pacientes además de la pareja psicoterapéutica.

La ejecución del proyecto de intervención/investigación, está pensado para que lo ejecute su servidor, el psicólogo José Luis Ortiz Cortés, con el apoyo de un coterapeuta.

Evaluación de la intervención.

Durante el tiempo que dure la intervención se realizarán anotaciones de cada una de las sesiones, con el objetivo de registrar los avances en el grupo psicoterapéutico. Al finalizar el tratamiento se analizará y evaluará la eficacia de la psicoterapia grupal en los familiares o cuidadores primarios a través de autoreportes y entrevistas individuales.

Seguimiento de la intervención.

Cuando la intervención/investigación concluyó, después de tres meses se contactó de manera individual a cada uno de los integrantes del grupo psicoterapéutico para realizar una entrevista individual para verificar y comprobar si existieron cambios en los familiares o cuidadores de pacientes con una enfermedad crónica degenerativa y describieron brevemente que si existió una disminución en el nivel de desgaste emocional, a lo que las integrantes comentaron que si hubo una mejora en la descarga y expresión de sus emociones, incluso ellas mismas estaban conscientes de necesitar y buscar ayuda psicoterapéutica de forma individual ya que aceptaron la existencia de una serie de problemas que acarrea el ser un cuidador primario. Esta entrevista fue breve y concisa ya que por el tiempo y la carga laboral no permitieron abordarlo de manera más profunda.

Aspectos Éticos de la intervención

De acuerdo con la declaración de Helsinki cualquier protocolo de investigación se entregó al comité de ética en investigación del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología CITPSI, la cual, fue revisada y aprobada antes de iniciar la investigación/intervención. Este comité revisor estuvo debidamente calificado y exento de cualquier tipo de influencia y además fue independiente al investigador.

Se tomaron las debidas precauciones para resguardar la intimidad de las personas que participaron en la investigación, y se resguardó la confidencialidad de toda su información personal. Tomando en cuenta que cada persona que participó en la investigación dio su consentimiento informado, además de que dicha investigación fue de carácter voluntario y aceptado libremente, sin exponerse a represalias, en cualquier momento existió la decisión del participante de retirarse, y no debió de afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

Con respecto al consentimiento informado, cada participante recibió información adecuada, total, integra, acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y otro aspecto pertinente de la investigación.

Al asegurarse de que el individuo comprendió absolutamente toda la información, cada uno de los puntos y objetivos el investigador pidió (por escrito), el consentimiento informado y voluntario de la persona. Todos y cada uno de los

participantes firmó y estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el acta de consentimiento informado, leído y explicado en la primera entrevista. Al concluir la investigación/intervención, todos los participantes tuvieron la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

En ninguno de los casos el participante se vio incapacitado para dar su consentimiento informado, incluso el investigador pudo pedir el consentimiento informado del representante legal, incluso la declaración de Helsinki estipula también que las personas que no son capaces tanto física como mentalmente de otorgar un consentimiento informado, este consentimiento debe ser del representante legal. Este representante legal no debe de ser incluido en la investigación, a menos que se tenga como objetivo promover la salud del grupo.

Siguiendo la misma idea de la ética en una investigación, existe también el informe Belmont (1979) sobre el consentimiento informado y menciona que las personas con las que trabajaremos merecen respeto y son a ellas a quienes les tenemos que dar la oportunidad de escoger lo que les pueda ocurrir, y son ellos quienes deben decidir sobre participar o no en la investigación/intervención.

Además de que cada persona participante debe ser tratada como individuos autónomos y como tal, debe ser respetado y protegido. El respetar la autonomía según el informe Belmont, significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás.

Por otro lado en el código de Nuremberg (1947) menciona que los experimentos con seres humanos deben proporcionar resultados que beneficien a la humanidad, y que

además todos y cada uno de los participantes deben estar de acuerdo, y observarse ciertos principios básicos para satisfacer los requisitos de moral, la ética y el derecho, donde el consentimiento debe ser absolutamente voluntario, ejercer su plena libertad de elección sin ningún impedimento, fraude, engaño, alguna coacción o amenaza, de modo que pueda entender claramente lo que decide.

Además de que el investigador tiene que haber dado a conocer con antelación la naturaleza, duración y propósito del experimento o investigación, los métodos y los medios conforme a lo que se llevará a cabo la investigación, los inconvenientes y riesgos que pueden esperarse, y los efectos que su salud o personalidad podrían derivarse de su participación en el experimento.

Este código también menciona que los experimentos deberían ser realizados sólo por personas calificadas científicamente para llevar a cabo la investigación o experimentación y deberá exigirse de los que dirigen el experimento o investigación el grado más alto de competencia y solicitud a lo largo de todas sus fases.

Se debe considerar que durante el curso del experimento la persona puede ser libre de hacer terminar el experimento, si considera que ha llegado a un estado físico o mental en que le parece imposible continuar en él.

Por otra parte, de acuerdo con los artículos del código ético del psicólogo, en el artículo 132, describe que el psicólogo tiene por obligación básica, hacer respetar la total confidencialidad de aquellos con quienes trabaja o le consultan. Y para minimizar intrusiones en la privacidad, el psicólogo sólo debe incluir en sus

informes escritos u orales, consultorías o asesorías y similares aquella información pertinente al propósito de dicha comunicación.

Y finalmente en el artículo 137 del código ético del psicólogo, menciona que el psicólogo respecto a mostrar información del participante, esta información sólo puede realizarse y mostrar dicha información, que debe ser confidencial, sólo y únicamente puede mostrarse cuando el investigador cuente con el consentimiento escrito del (la) paciente u organización.

En ésta investigación/intervención los nombres de cada una de las pacientes

6. Análisis de resultados:

A continuación se presentan los resultados de la investigación/intervención, el resultado de los test, y posteriormente el análisis del discurso de las integrantes de grupo psicoterapéutico, para lo cual, primero se expondrá el acercamiento, es decir, el encuadre con los pacientes, los criterios de selección de la presente investigación/intervención, así como la de los instrumentos, aplicados y sus respectivas peculiaridades, luego se dará cuenta de los resultados de las diferentes escalas que se emplearon al inicio de la intervención grupal. Posteriormente se presentan los resultados cualitativos del proceso psicoterapéutico grupal. Y finalmente se expondrán los temas/categorías con sus respectivos ejemplos discursivos.

Se realizó una entrevista semi estructurada a nueve personas antes de la intervención, con la intención de averiguar si cumplían con las características y los criterios de inclusión para pertenecer al grupo psicoterapéutico, de las nueve personas entrevistadas, sólo 5 cumplían con los criterios de inclusión, además de que se mostraban con interés de pertenecer al grupo psicoterapéutico.

Una vez detectados y seleccionados los pacientes, y una semana antes de iniciar el grupo psicoterapéutico, se les aplicó la escala de sobrecarga de Zarit, que mide sobrecarga del cuidador y el Inventario de Ansiedad de Beck para detectar ansiedad en los integrantes.

Tres de estas cuidadoras tienen que atender su profesión de enfermeras, atender los deberes su hogar y familia (esposo u hijos), atender a sus padres enfermos y el hogar de ellos además de realizar su limpieza. Una de ellas, siente que tiene el deber de hacerse cargo de su hijo con problemas con el consumo de drogas, y su nieto, y por si

fuera poco, en ocasiones, menciona que tiene que atender a sus sobrinos, hijos de su hermano, ya que su hermano y su cuñada tienen que salir a trabajar y en ocasiones los dejan en casa sin comida, y esta situación le preocupa también a la paciente.

Otra integrante de grupo, además de ejercer su profesión, se dedica ocasionalmente a ser cuidadora primaria de personas adultas mayores. Vive únicamente con su hermano ya que sus padres fallecieron, pero también se hace responsable esporádicamente de su abuelo con diabetes y su abuela, ambos de edades avanzadas.

Las enfermedades crónico-degenerativas implican la pérdida gradual y progresiva de diferentes capacidades y funciones orgánicas; en esta investigación se mencionaron la diabetes, y la vasculitis renal como principales enfermedades crónicas. Tal y como ya se mencionó anteriormente, en datos oficiales, la diabetes es una de las principales causas de mortalidad en el país.

La intervención/investigación, se realizó en un periodo de 3 meses, con un total, de 9 sesiones, se trabajó con psicoterapia psicoanalítica breve y focalizada, y vislumbró en algunas de ellas la existencia de sobrecarga como cuidadoras primarias en su discurso.

En el siguiente cuadro se exponen los resultados de las escalas:

Tabla 1

Resultados de las Escalas de Zarit y Beck.

<u>Integrante</u>	<u>Resultados en escala de Zarit</u>	<u>Resultados inventario de ansiedad de Beck</u>
Noemí	44	13
Ana	25	11
Areli	46	8
Esther	63	16
Susana	53	16

Nota. En la escala de Zarit los grados de sobrecarga se establecen en función de la puntuación: Ausencia de sobrecarga: ≤ 46 , Sobrecarga ligera: 47-55 y Sobrecarga intensa: ≥ 56 . En la escala de Beck, Las normas de calificación en población mexicana son: de 0 a 5 puntos, ansiedad mínima; de 6 a 15, ansiedad leve; de 16 a 30 puntos, ansiedad moderada, y de 31 a 63, ansiedad severa.

Los nombres de los integrantes son nombres reales. Cada integrante estuvo de acuerdo en que sea el nombre real, esto fue acordado desde la primera entrevista.

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con las escalas de validación obtenidas en las escalas de Zarit y Beck, en la escala de Zarit, Ana presenta un puntaje de 25, lo que nos indica que al existir un puntaje inferior a 45, es indicativo de ausencia de sobre carga. Con respecto al inventario de Beck, el puntaje total fue de 11, lo que nos indica una ansiedad leve, probablemente por la demanda de sus servicios.

Ana, es una cuidadora primaria eventual, es decir que no dedica la mayor parte de su tiempo al cuidado de enfermos crónicos, únicamente lo hace en horarios establecidos, brindando servicios básicos de enfermería a enfermos crónicos. Tampoco dedica mucho tiempo al cuidado de sus familiares con edad avanzada, dedicándose más a su trabajo como profesionalista.

Entonces, al ser una cuidadora eventual puede que influya en su bajo nivel de sobrecarga, pero la demanda de sus trabajos puede influir en su ansiedad leve.

Por su parte la paciente Arely en las escala de Zarit, presenta un puntaje de 46, es decir que tampoco presenta sobrecarga, pero se encuentra al límite de presentar sobrecarga ligera; con respecto al inventario de Beck, arroja un puntaje de 8 puntos, presentando de igual forma ansiedad leve.

Arely es la cuidadora de sus abuelos, principalmente de su abuelo con diabetes tipo II, ella es quien le realiza las curaciones correspondientes, ya que menciona que sus hijos se apartan de esa responsabilidad y esperan a que Arely salga de trabajar para atender y cubrir las necesidades del abuelo; y que en contadas ocasiones son los tíos los que se encargan de atender al enfermo.

Los abuelos, menciona, se quejan con la integrante del grupo sobre sus hijos, ya que no los quieren atender y le molesta que los tíos sean desconsiderados con sus padres. Todo esto puede coincidir con los resultados obtenidos ya que a pesar de ser una cuidadora principal, comparte cierta responsabilidad con los tíos, eso hace probablemente que su sobrecarga y su ansiedad no se vea elevada.

La paciente Noemí, en la escala de Zarit arrojó un puntaje de 44, careciendo también de sobrecarga, pero al límite de padecer una sobre carga ligera y en el inventario de Beck arrojó un puntaje de 13, el cual indica que presenta ansiedad leve.

Esta integrante se siente muy comprometida con el cuidado de sus padres, principalmente con su padre enfermo de diabetes tipo II, ella es quien realiza la mayor parte de los cuidados que requiere el familiar enfermo, pero en su discurso fue a la que se le notaba más una justificación manifiesta hacia su padres, (sobre todo hacia el padre), con el discurso de que es su obligación como hija, además menciona que tiene el deber religioso y moral (inculcado desde pequeña) de realizar sin objeción alguna el cuidado y la atención hacia su padre, a pesar de tener sentimientos ambivalentes hacia él, estas justificaciones religiosas y morales pueden ser la causa de su percepción tan baja de sobrecarga y de ansiedad leve, con riesgo a pasar a ansiedad moderada.

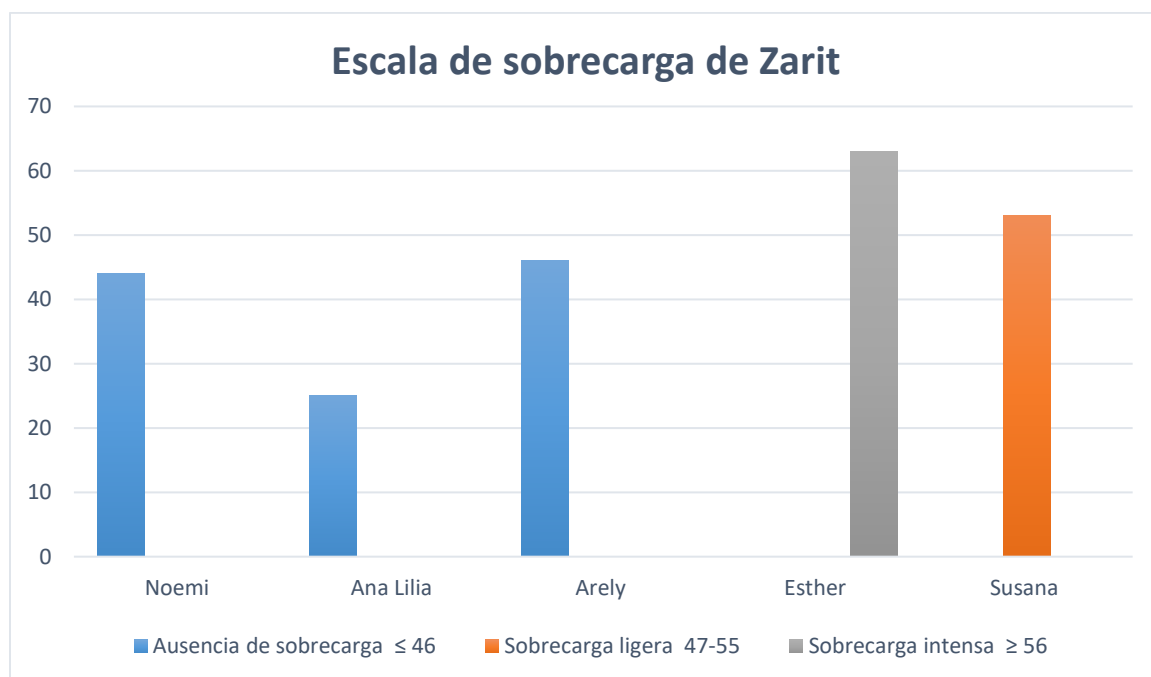
Con respecto a Susana, su puntaje en la escala de Zarit fue de 53, que clasifica en una sobre carga ligera, y en la escala de ansiedad de Beck, presenta una puntuación de 16 puntos clasificando en ansiedad moderada. Susana también presentó un discurso latente con respecto a la ambivalencia de los padres, principalmente hacia el padre, ya que éste la violentaba y castigaba severamente cuando era niña, pero en su doble discurso sobre como la trataba su padre y la pasividad de su madre con respecto al trato de su padre, se hacía notar claramente su ambivalencia, justificándolo con su edad avanzada y el riesgo en el que se encuentra su padre con respecto a la enfermedad, que es diabetes tipo II. Además de que también se vislumbraban las ideas religiosas, sobre todo la responsabilidad que tiene como hija con respecto al cuidado que le tiene que proporcionar a sus padres.

En el caso de Esther, obtuvo un puntaje de 63 en a escala de Zarit y un puntaje de 16 en la escala de ansiedad, concluyendo que existe sobrecarga intensa, además de presentar ansiedad moderada. Esta integrante del grupo fue la que presentó mayor sobrecarga, no es extraño, ya que en su discurso es en quien recae la mayor carga del cuidado, de su mamá, ya que sus hermanos le dejan toda la responsabilidad y la toma de decisiones a esta integrante.

A continuación se exponen las tablas 1 y 2 de los resultados: Noemí, Ana y Arely no presenta sobre carga, Susana presenta sobre carga ligera, con riesgo de padecer sobre carga intensa y finalmente Esther, que presenta una sobre carga intensa.

Tabla 2

Resultados de la escala de sobre carga de Zarit.



Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 1, Esther es quien presenta mayor afección en la sobrecarga de cuidador, concuerda con el discurso manifiesto y latente que expresaba en el grupo psicoterapéutico sobre la responsabilidad que tenía no sólo con su madre enferma, sino que también con su papá de edad avanzada; además de las responsabilidades que le delegaban los hermanos y hermanas sobre la toma de decisiones respecto a la atención y cuidado de la madre enferma, por ser enfermera.

Susana, quien también presenta sobre carga en su discurso, comenta que tiene que estar pendiente de su padre diabético y su madre, además de la responsabilidad que tiene con su hijo adicto, su nieto y en ocasiones atiende a sus sobrinos.

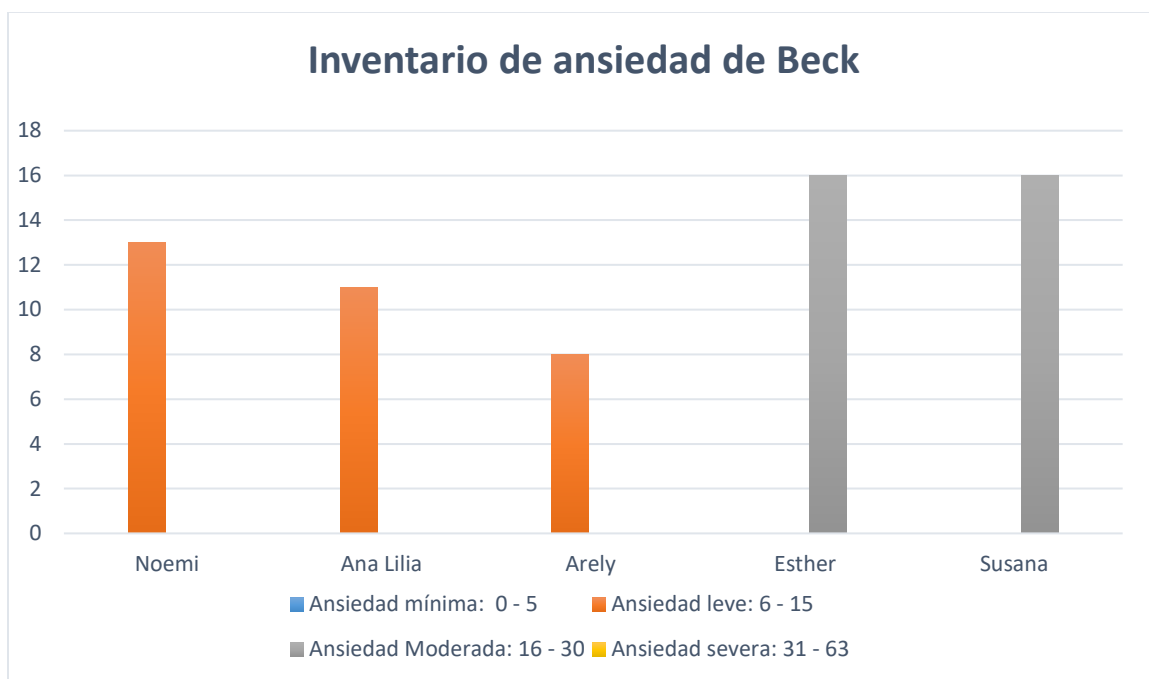
Arely, por su parte, presenta una sobre carga ligera, es quien cuida a sus abuelos principalmente a su abuelo con diabetes, y según los tíos, por ser enfermera tiene los conocimientos y la preparación para atender las necesidades y los cuidados que requieren los abuelos enfermos, pero aun así, puede tener tiempo para distraerse.

En el caso de Noemí, en su discurso existe mucha culpa, presenta un súper yo muy punitivo, en su discurso manifiesto es la más evidente, justificando a los padres con discursos religiosos y morales, es a quien le han impuesto de forma subjetiva roles que no le corresponden, sintiendo culpa al no cumplir con los mandatos de los padres, principalmente del padre, quien es manipulador y su madre muy sumisa.

Y por último Ana, que no presenta sobre carga. Ella no está al cuidado de un familiar enfermo, es cuidadora primaria de forma eventual, y sólo se dedica a trabajar en su profesión de enfermera.

Tabla 3

Resultados de la Escala de Ansiedad de Beck



Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la tabla 2, que corresponde a Esther y Susana, presentan ansiedad moderada, además, ambas pacientes fueron las que obtuvieron un índice mayor en sobre carga, ambas son las que presentaron mayor responsabilidad, mayor compromiso y responsabilidad, a la hora de cuidar a sus familiares enfermos, además de exteriorizar responsabilidad con otros miembros de la familia, como son los hijos, nietos, padres, sobrinos en el caso de Esther, y en el caso de Susana, estar al pendiente de su familia nuclear (esposo e hijo), además de estar al cuidado de los padres que son adultos mayores y algunas veces de los sobrinos.

Cabe aclarar, expuesto lo anterior, que no es indicativo que alguna de las demás integrantes no presenten sobrecarga, ya que el cuidado del familiar enfermo puede verse más como una obligación que deben realizar, sin ver la parte del desgaste emocional

que implica el ser un cuidador sin que les den el crédito o el reconocimiento de lo que hacen.

Tampoco presentan ansiedad severa. Pero en su discurso mencionan como uno de los principales síntomas del desgaste emocional en sus experiencias y vivencias como cuidadoras, el coraje, el enojo, la preocupación, la molestia y el cansancio físico y psicológico, el resentimiento hacia el enfermo, o algún o algunos integrantes de su familia, así como la preocupación y el miedo a que el familiar enfermo muera.

La presencia de un enfermo crónico en el hogar provoca en la familia una reasignación de roles y tareas entre sus diversos miembros para tratar de cubrir o compensar sus funciones, generando malestares psicológicos y dolencias físicas.

Entre los factores que generan mayor o menor sobrecarga relacionados con el cuidador los más destacados son el grado de autonomía personal del cuidador, sus recursos psicológicos personales y su grado de dependencia de la relación de cuidado.

Cuando el cuidado del mayor dependiente se prolonga a lo largo del tiempo durante un número considerable de años aumenta, por un lado, la sobrecarga física del cuidador como consecuencia del mayor deterioro y dependencia del mayor, así como por la acumulación del cansancio y desgaste en el cuidador; y por otro lado, se incrementa su sobrecarga psicológica al tener la situación de cuidado una mayor incidencia en el transcurso de la historia vital del cuidador (Gil y Rodríguez 2008).

Las estrategias de atención brindadas al enfermo crónico degenerativo han sido tomar casi el control total del cuidado del familiar enfermo como: realizarle las curaciones pertinentes, dedicarse al aseo personal y del hogar del enfermo, preparar su alimentación, asistir y hacerse responsable de las complicaciones de salud del enfermo,

visitas a las revisiones médicas, además cuidar su empleo, redoblar su esfuerzo, para ayudar a solventar los gastos del familiar enfermo, sumado a que deben brindarle apoyo emocional y físico cuando el enfermo está en convalecencia, y son las cuidadoras quienes deben de tomar decisiones importantes ante las situaciones del enfermo, estas son tareas en común que abordaron las pacientes dentro del grupo psicoterapéutico .

Cabe señalar que en la tercera sesión de la psicoterapia grupal, la paciente Ana relató un par de sueños, llegó unos minutos antes de comenzar, y nos mencionó a mí y a la coterapeuta que en las primeras entrevistas se podría trabajar con sueños, a lo que mencionó que le gustaría exponerlos. Uno es un sueño grabado y el otro es un sueño repetitivo, este último sueño se ha venido dando desde que su hijo falleció, son los siguientes:

“Iba a la escuela primaria a traer a mi hijo, lo esperaba en la entrada, al toque de salida, los niños salían corriendo, pero nunca veía salir a mi hijo, eso me angustiaba mucho, ya que nunca lo encontraba”.

Sueño repetitivo: *“estaba bajando las escaleras de un cuarto y cuando llego a la mitad de las escaleras y lo vi (a mi hijo) en la planta baja yo me preguntaba, ¿qué haces aquí?, estás muerto.”*

Lo descrito anteriormente es toda la información que se pudo obtener de ambos sueños, no recuerda algún otro dato.

Según Portillo (2000) cualquier cosa que exprese el paciente, sea verbal o corporal durante la sesión (movimientos, gestos, fantasías, sueños, recuerdos e inclusive mentiras deliberadas y relatos de las relaciones pasadas y presentes del paciente con otras personas) deben considerarse como manifestaciones de su necesidad de

establecer con el terapeuta una relación específica, que lo involucre como participante activo en las relaciones que mantiene con sus objetos inconscientes.

Por lo general, los sueños grupales están menos distorsionados que en el análisis individual; su contenido manifiesto está cerca del latente. A menudo dan lugar a un funcionamiento de acuerdo con el proceso primario porque, al liberar los conflictos reprimidos, ayudan a romper resistencias, con lo que promueven el *insight* emocional. (Portillo, 2000).

En la cuarta sesión grupal, el tema que se tenía planeado trabajar fue cambiado por el tema emergente de la muerte, esto debido al arribo de una ambulancia al Centro de Salud, y los integrantes del grupo lo asociaron con las muertes ocurridas en los traslados de los pacientes dentro de estas, asociándolo al miedo a la muerte de sus propios familiares.

Según la naturaleza y pasividad de la angustia, neurótica o psicótica que suscite y contagie. El fantasma de rotura representa una especie de común denominador de las diversas desorganizaciones por las que se sienten amenazados los pacientes en un grupo; de ahí su elevada frecuencia y su condición de constituir el desorganizador común por excelencia. El gran desorganizador es la experiencia de la muerte en los grupos, las fracturas, escisiones, reunificaciones, juegos entre filiación y afiliación, llegadas y partidas de nuevos miembros (Anzieu, 1986).

Käes (1993) conceptualiza en los grupos *funciones fóricas* que aseguran el clivaje, idealización y renegación de los sujetos individuales. Designan lo que porta y transporta el sujeto en el grupo: portavoz, porta-ideales, porta-sueño, porta-silencio, porta-muerte, porta-síntoma.

Dentro de los discursos de las pacientes, se encontraron temas/categorías que se consideró importante organizar en el siguiente cuadro:

Número	Tema / Categoría	Subcategorías
1	Síntoma Principal de las pacientes cuidadoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Síntoma en común dentro del grupo. • Síntomas físicos • Síntomas psicológicos
2	Evolución del síntoma de las pacientes cuidadoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Síntoma principal. • Síntomas secundarios. • Gravedad del síntoma.
3	Descuido de las cuidadoras y de los otros.	<ul style="list-style-type: none"> • Descuido personal • Descuido de la familia • Descuido de su entorno • Descuido del trabajo

Tabla 4

Cuadro de temas / categorías y subcategorías

Fuente: elaboración propia

Tabla 5

Cuadro de temas / categorías y subcategorías

Número	Tema / Categoría	Subcategorías
4	Cuidado de enfermos y otros familiares de las pacientes cuidadoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Padres enfermos • Hermanos enfermos • Hijos sanos de hermanos
5	Antecedentes familiares de las pacientes del grupo psicoterapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura familiar • Dinámica familiar • Expresión afectiva • Reconocimiento / Desconocimiento • Pérdida de los padres en la infancia • Castigos • Cultura machista
6	Antecedentes personales de las pacientes cuidadoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Introversión • Extroversión • Actitud ante los padres • Estabilidad emocional • Inestabilidad emocional

Fuente: elaboración propia

Tabla 6

Cuadro de temas / categorías y subcategorías

Número	Tema / Categoría	Subcategorías
7	Estructura familiar de las pacientes cuidadoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Completa • Incompleta • Rotas • Reestructuradas
8	Rol desempeñado de las cuidadoras ante el enfermo	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera • Cuidador primario • Padre • Madre
9	Rol desempeñado de las cuidadoras ante la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Rol de papá. • Rol de mamá. • Rol de esposa.
10	Miedos específicos de las cuidadoras a la muerte.	<ul style="list-style-type: none"> • Ideas sobre la muerte • Miedo a morir • Miedo a que el otro muera • Deseo de la muerte del otro

Fuente: elaboración propia

Tabla 7

Cuadro de temas / categorías y subcategorías

Número	Tema / Categoría	Subcategorías
11	-Súper yo severo de las cuidadoras primarias.	<ul style="list-style-type: none"> • Intraagresión • Sentimientos de decepción • Desilusión • Enojo • Culpa • Hacia los familiares enfermos • Hacia los cuidadores
12	Desgaste emocional de las cuidadoras primarias.	<ul style="list-style-type: none"> • Desgaste emocional en el cuidador primario • Síntomas relacionados al desgaste emocional • Enfermedades desarrolladas
13	Insight dentro del grupo psicoterapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios a partir del proceso grupal • Lo asimilado del proceso grupal • Reelaboración de los problemas con la familia
14	Intervenciones verbales del psicoterapeuta y el coterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Encuadrar • Preguntar • Señalar • Interpretar
15	Cierre y devolución dentro del grupo psicoterapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Información y devolución del proceso psicoterapéutico grupal • Reflexiones finales de los pacientes.

Fuente: elaboración propia

7. Análisis del discurso grupal

A continuación se describen brevemente las categorías y subcategorías acompañadas de fragmentos seleccionados que ilustran el contenido del discurso grupal de cada una de ellas.

7.1 Síntoma principal de las pacientes cuidadoras.

Freud (1978) relaciona la angustia y la represión donde, la presencia de la angustia para la posterior formación de síntoma. La angustia en estos casos puede que sea un intento de escapar a esta, que tanto apena al sujeto. La represión entonces, cobra un valor importante, ya que mediante ésta la persona no deja aflorar los pensamientos inconscientes.

La angustia, muchas veces se da por una contradicción a las pulsiones inconsistentes, que intentan abrirse un camino hacia la consciencia. La culpabilidad, se da a partir de esas mismas pulsiones inconsistentes, pero vagamente presentidas por la persona, entonces, los síntomas corresponden a obstáculos en los sistemas de comunicación entre la persona y los demás, que se transforman en bloqueos intrapsíquicos ignorados por el propio paciente; de ahí que el primer factor terapéutico es la restauración de la comunicación (Foulkes,1978).

Con respecto al síntoma principal, dentro del grupo psicoterapéutico se presentaron síntomas y afectos en común, por ejemplo: el coraje, el enojo, la preocupación, molestia, impotencia, angustia, resentimiento y miedo.

Estos síntomas y su evolución, se ven reflejados en algunos hilos discursivos de los integrantes del grupo, por ejemplo, las pacientes mencionan:

Esther: *“Siento coraje, a veces pienso en dejar de trabajar para cuidar a mis papás, pero no puedo, ya tengo que ayudar con los gastos de la casa. Siento tristeza y preocupación, me da coraje, porque son cambios a los que no estaba preparada y la mayor responsabilidad recae principalmente en mí y eso me molesta...”*

Esther: *“...dejamos nuestros trabajos y a mis hijos por atender a mi mamá...” “nos genera angustia por el dinero, además que de nuestra cuenta corren las comidas y los medicamentos de mi mamá. Eso me causa cierta culpa porque he descuidado a mi esposo y a mi hijo, no los atiende adecuadamente y eso me genera culpa...”*

Esther: *“siento miedo de que mis hermanos se enojen conmigo y me dejen sin el poco apoyo que me dan, les digo por ejemplo, que me siento cansada, con sueño, pero parece ser que no lo entienden da miedo no saber qué hacer.”*

Mimí: *“...Siento coraje, impotencia y enojo, pero bien o mal es mi papá y me siento responsable de cuidarlo...”*

Esther: *“Mi mamá ha estado de un médico a otro y eso es un desgaste físico y emocional... e la preocupación no me concentraba en mi trabajo, incluso tenía que salir temprano para ir a verla, eso es muy estresante, toda la carga era y aún es para mí.”*

Ana: *“...anteriormente no enfrentaba y me daba mucha ansiedad y solo comía, incluso subí mucho de peso.”*

Arely: *“siento enojo, ya que los demás miembros de la familia no ayudan y eso me hace estar preocupada por mis abuelos. Me delegan la responsabilidad porque soy enfermera, dicen que soy quien hará el trabajo mucho mejor..., no digo nada porque tengo miedo de generar problemas entre mis tíos y ellos conmigo...”*

Mimí: *“... me enojé con mi papá porque es terco, a veces parece adolescente, esa vez le dejé de hacer curaciones, fue como una semana, y la herida se le infectó, incluso no se lavaba adecuadamente cuando se bañaba. Todo eso me hizo sentir culpable, y me decía a mí misma que por mi culpa le había pasado esto.”*

Esther: *“... llegué a sentir culpa porque en una ocasión no revisé a mi mamá y se le infectó el catéter, me sentí responsable por eso...”*

Mimí: *“me siento estresada y con ganas de expresarle todo a mi familia, pero no es fácil y al no expresarlo, se va guardando a través del tiempo. Sentimos que es nuestra obligación cuidar a nuestros familiares y nos olvidamos de nosotros mismos.”*

Susi: *“le tengo coraje a mi papá, por cómo me trató...”*

Mimí: *“sentía culpa el que mi papá dijera que mejor ya lo dejemos morir, eso me daba miedo...”*

En psicoterapia de grupo, cuando un paciente comprueba simplemente que no es el único que sufre, que también otros tienen problemas, o síntomas similares, como en los ejemplos discursivos anteriormente descritos, y como ya se mencionó al principio, existen en común el enojo, la culpa, el miedo, preocupación, molestia, resentimiento. Esto puede generar que sienten vergüenza, envidia, agresividad, etc., pero el que un integrante se atreva a hablar del síntoma o el problema, les permite a los demás miembros "desdramatizar" su caso y hablar de sus síntomas sin tanta represión y con más confianza (atenuación de las proyecciones superyoicas y de las prohibiciones, reaseguro yoico, etc.) (Anzieu, Bejarano, Kaës, Missenard, y Pontalis, 1978).

Existen varias posibilidades en las actitudes adoptadas por el individuo en torno al enojo: se mostrará francamente agresivo y probablemente odiará en forma abierta a

su familia o círculo social; puede rechazar la agresividad reprimiéndola sin saberlo, puesto que toda represión es inconsciente; o su agresividad al provocar un excesivo sentimiento de culpabilidad se disimulará, en este caso puede pasar que se enmascare de amabilidad y gentileza hacia las personas, sea familia o círculo social, porque sintiéndose culpable de sus deseos de muerte, trata de hacérselos perdonar (todo esto de forma inconsciente), muchas veces la sumisión al otro, es un método que desarrolla la persona para evitar la angustia y la soledad (Daco, 1967).

Foulkes (1984), por su parte señala que los conceptos psicodinámicos que describen procesos de interacción (intrapsíquicos o interpersonales) como transferencia, proyección, introyección e identificación proyectiva, son parte de la gramática básica del análisis grupal. Los síntomas corresponden a obstáculos en los sistemas de comunicación entre la persona y los demás, que se transforman en bloqueos intrapsíquicos ignorados por el propio paciente; de ahí que el primer factor terapéutico es la restauración de la comunicación.

La resistencia en el grupo que fue notoria en las primeras tres sesiones, según Anzieu, Bejarano, Kaës, Missenard, y Pontalis, (1978), puede que proceda del temor a perder el equilibrio psíquico logrado hasta el momento en que se ingresa al grupo. Pero al mismo tiempo, los pacientes desean librarse de síntomas e inhibiciones sin tener que modificar sus conflictos inconscientes.

Buscan que grupo y terapeuta confirmen la validez de sus racionalizaciones, una buena comunicación entre los miembros del grupo depende de la resonancia y de la oposiciones entre sus vidas imaginarias inconscientes, esta resonancia da lugar a una tensión común, esta resonancia además de generar tensión puede que ayude a que los

demás miembros puedan expresarse con mayor confianza, fenómenos sobre los cuales no actúan la mayoría de los métodos de formación y discusión que pretenden mejorar las comunicaciones (Pontalis y Anzieu, 1995).

La terapia de grupo suele permitir al paciente tener la posibilidad de volver a recapitular su primer núcleo familiar de una manera más funcional. Debido a que gran número de pacientes tienen una historia de experiencia insatisfactoria en el seno familiar, se recomienda que el psicoterapeuta y el co-terapeuta, identifiquen en los pacientes, los problemas interpersonales por los cuales puedan estar atravesando, como por ejemplo: dependencia, servilismo, incapacidad de expresar ira o hipersensibilidad al rechazo. Una vez detectados estos factores, los psicoterapeutas podrían abordar cuestiones más concretas dentro de la psicoterapia, haciéndolas susceptibles al análisis y al cambio. De esta manera el trabajo psicoterapéutico consistiría en forma de "secuencia alterna de experimentación y expresión de afecto y en segundo lugar, de comprensión de dicho afecto". (Vinogradov y Yalom, 1996).

En efecto, en situación grupal, al igual que en la cura individual, los *mecanismos*, síntomas de los "conflictos defensivos" se elaboran en *resistencia*, que se actualiza en la *transferencia*, con las formas específicas que asumen ambas en los grupos (Anzieu, Bejarano, Kaës, Missenard, y Pontalis, 1978). Donde el factor terapéutico dirigido en expresar emociones, que suele ser un alivio poco duradero, pero de gran ayuda al momento de compartir su mundo interior. "El paciente debe proceder a integrar el suceso catártico a través de la comprensión de su significado, primero en el contexto del grupo y segundo en el contexto de su vida exterior" (Vinogradov y Yalom, 1996).

En ese intervalo entre discurso manifiesto y discurso latente se deben reconocer los efectos del inconsciente, que se expresan, sin duda, en todo momento, a través del juego de los mecanismos de defensa que lo caracterizan (desplazamiento, condensación, proyección, denegación, inversión en su contrario) pero, más masivamente aún, y en forma más "tratable", "en situación analítica" (Anzieu, Bejarano, Kaës, Missenard, y Pontalis, 1978).

7.2 Evolución del síntoma de las pacientes cuidadoras.

La valoración de los síntomas en las primeras entrevistas, para la conformación del grupo psicoterapéutico, puede proporcionarnos información esencial para varios fines: nos permite detectar de manera oportuna, que tanto el síntoma ha evolucionado en los individuos, detectar algún riesgo psicopatológico o si padecen alteraciones psíquicas y psicosomáticas. Además de ayudar a valorar e identificar síntomas psicológicos y psicosomáticos en los posibles miembros (o ya miembros) del grupo.

Las características de la evolución del síntoma son diversas: en primer lugar, está el impacto expresado en términos de cercanía con la muerte o con un evento que amenace la vida; en segundo lugar, se encuentra el estado psicológico del sujeto en el momento que determina su reacción ante el mismo; en tercer lugar, la dificultad o impedimento de la persona para reaccionar adecuadamente, según sus reacciones de defensa habituales o el entrenamiento recibido, y por último, el "conflicto psíquico" que genera en el sujeto al no poder integrar la experiencia de forma consciente (Laplanche & Pontalis, 1996).

Dentro del grupo se observa que los integrantes hablan de su síntoma y su evolución, que les genera malestar, displacer, y este ocupa un lugar importante en la

vida del sujeto, según Freud (1978) los síntomas son actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; y conllevan displacer o sufrimiento para ellas, el síntoma es muy significativo en su sentido, relacionándose con las vivencias del sujeto.

La sintomatología y su inadecuada evolución puede surgir a partir de relaciones interpersonales inadaptadas y se perpetúan en ellas, estos síntomas van en crecimiento volviéndose cada vez más persistentes, causando malestares psicológicos, esto se puede deber a que muchas de las relaciones interpersonales del sujeto se vuelven inadaptadas, basándose en distorsiones que surgen a raíz de experiencias más tempranas del desarrollo (Vinogradov y Yalom, 1996). Ejemplo de esto son los siguientes discursos:

Ana menciona: *“Anteriormente no enfrentaba y me daba mucha ansiedad y sólo comía, incluso subí mucho de peso”.*

Susana: *“Me siento sola a pesar de que tengo a mi esposo”. “Sufría golpes por parte de mi papá, era muy tímida. Antes no decía nada”.*

Según Vinogradov y Yalom (1996), uno de los objetivos del grupo no es el alivio del síntoma manifiesto o de la queja principal (aunque éstos pueden no representar, la verdadera naturaleza del problema subyacente). En el grupo se propone efectuar un cambio de carácter, acompañado de un cambio perdurable del comportamiento interpersonal. Con objeto de lograrlo, el aprendizaje interpersonal será el factor terapéutico más importante operante en el grupo, esto se ve reflejado en los siguientes discursos:

Susana: *“dentro del grupo, me di cuenta que somos egoístas porque no pensamos en nosotros.”*

Mimí: “Me di cuenta que nosotros mismos nos adjuntamos responsabilidades.”

Esther: “Con el discurso de los demás, entendí mejor a mis compañeros, ya que a veces los veía enojados o tristes.”

Según Portillo (2000) en el progreso del síntoma, este puede provocar regresiones y con ello, la reaparición de los síntomas. El sujeto intenta enfermarse una vez más para evadir la separación, o puede mostrarse desvalido, dependiente y angustiado con la misma finalidad. Aunque reconoce que ha adquirido fuentes reales de satisfacción, resiente como pérdida tener que abandonar sus gratificaciones neuróticas habituales, por lo que puede parecer deprimido y decepcionado, como muda acusación al terapeuta, que no satisfizo sus demandas neuróticas.

Para disminuir o detener la evolución del síntoma, el mismo grupo puede compartir con los demás las diversas técnicas que les han resultado útiles a la hora de hacer frente a síntomas inquietantes, como evitar las situaciones de estrés, tomar la dosis de medicación que necesiten, escuchar música, hablar con un amigo o dedicarse a un *hobby*.

Esther: “Con el discurso de los demás, entendí mejor a mis compañeros, ya que a veces los veía enojados o tristes.”

Susi y Mimí estuvieron de acuerdo en que escuchar a los demás les ayudó, estuvieron de acuerdo en que: *“El grupo me ayudó a entender y ver las cosas desde otra perspectiva.”*

Mimí menciona lo siguiente al escuchar a los demás miembros: *“Me di cuenta de que también ellos no se hacen responsables de sí mismos, muchas veces nos manipulan.”*

De acuerdo con lo anterior se puede decir, que con los miembros ven al grupo como el medio de pertenencia, aprendizaje y obtención de satisfacción personal (Portillo, 2000). Por su parte Pontalis y Anzieu (1995) proponen la hipótesis *del inconsciente grupal*. Como el sueño y el síntoma, el grupo es la asociación de un deseo con las defensas contra la angustia que suscita. La comunicación entre los miembros depende de la resonancia y de las oposiciones entre sus vidas imaginarias inconscientes; fenómenos sobre los cuales no actúan la mayoría de los métodos de formación y discusión que pretenden mejorar las comunicaciones.

La psicoterapia de grupo con un énfasis psicoeducativo, resulta ser bastante efectiva en disminuir los síntomas y en frenar su evolución, pues ésta se enfoca en la exploración de los efectos de la sintomatología sobre el sentido individual del sí-mismo, en la exploración de los efectos y afectos de la sintomatología, su relación en las relaciones interpersonales y en la exploración de formas para encontrarle un significado a la vida a pesar de las vicisitudes a causa del cuidado del enfermo crónico. Por tanto, en el grupo psicoterapéutico no solamente se pudieron explorar los componentes sintomatológicos que éstos tienen frente al enfermo y los familiares, sino que también pudieron identificar comportamientos más efectivos y adaptativos para poder sobrellevar la problemática (Lubin & Johnson, 2000).

La psicoterapia grupal con orientación psicoanalítica es una de las técnicas más utilizadas para tratar la sintomatología de los integrantes del grupo, además que evita que el malestar psicológico y su sintomatología evolucione o continúe, en especial porque los factores terapéuticos que devienen de la experiencias personales compartidas por un grupo de sujetos con vivencias similares, permite que éstos puedan

reeditar y reelaborar sus propias experiencias traumáticas, a partir no sólo de sus propias interpretaciones sino de las realizadas por los otros sujetos que hacen parte del grupo, lo que no se encuentra en otros formatos de psicoterapia como el individual (Anzieu, 1986; Anzieu y Yves, 1997).

7.3 Descuido de las cuidadoras y de los otros.

Con la llegada de noticias sobre la enfermedad crónica degenerativa del paciente genera en los familiares situaciones de estrés, miedos, incertidumbres, fantasías, etc., cambiando drásticamente el estilo de vida de todo el sistema familiar, más aún, si la situación del enfermo se torna delicada o grave. Es muy común que la familia centre la mayor parte de su atención, tiempo y esfuerzo al cuidado del enfermo, teniendo repercusiones negativas en la salud física y psicológica del cuidador(es) principal(es), generando un abandono y un descuido hacia uno mismo, es decir, según Fromm (2009) y Anzieu (1986) el descuido hacia uno mismo es cuando el hombre abandona a su propio yo, su individuación, descuidando y lateralizando su realización, se enajena de sí mismo, y puede que esto genere malestares psicológicos.

La resonancia de nuestra personalidad total entre nosotros mismos puede debilitarse en la medida en que somos más indiferentes y destructivos con nosotros mismos, en el grupo, entonces, el Yo se ve resquebrajado, se fragmenta, y hace surgir los fantasmas más antiguos, los del desmembramiento, pero el grupo lleva al individuo muy lejos hacia atrás, allí donde no estaba todavía constituido como sujeto, donde se siente disgregado, o donde existió mucho descuido. Además, el grupo impone a sus

miembros una representación mental muy concreta de la diseminación de las diversas partes de sí, a causa de la ausencia de unidad interna (Fromm, 2009 y Anzieu, 1986).

Esto puede ejemplificarse con los siguientes hilos del discurso en el grupo:

Esther: "...a veces hasta dejamos (esposo y paciente) nuestros trabajos y a mis hijos por atender a mi mamá." "...he descuidado a mi esposo y a mi hijo, no los atiende adecuadamente y eso me genera culpa a pesar de que ellos no me dicen nada, no estoy con ellos como a mí me gustaría".

Susi: "en el caso de mi hijo, no lo pude dirigir, cayó en adicciones, lo abandoné por mucho tiempo por mi trabajo, los problemas de mi hijo, de mi nieto, de mis papás que ya están grandes, todos estos problemas hicieron que me aisle."

Estas personas se han descuidado, se olvidan de sí mismos para atender al otro, ellos mismos han pasado a segundo plano, y no se atreven a expresar lo que ellos verdaderamente desean, se han vuelto ajenos a sí mismos, viven para otros y no para ellas mismas, y esto ocasiona probablemente, que no se atrevan a expresar lo que verdaderamente sienten.

La individuación, consiste en el crecimiento de la fuerza del yo; de la integración de la personalidad individual, para las personas con un yo debilitado, no hay libertad para decir y hacer, son personas pasivas. Ya que al existir un debilitamiento yoico, una inadecuada estructura psíquica, puede existir un descuido hacia sí mismo (Fromm, 2009). Pero en los grupos psicoterapéuticos, se parte de los yo evolucionados de cada uno de los integrantes, y se forja la ficción de un yo común relativamente autónomo, que capacitaría al grupo para la autorregulación y que aseguraría el control de la pulsión con

una percepción de la realidad acompañada de sentido crítico, fortaleciendo su yo individual (Anzieu, 1986).

Este descuido también se da porque los padres tampoco instruyeron, no enseñaron o enseñan a los hijos a cuidarse, a tener ese autocuidado, esa consideración hacia sí mismo, con amor, con atenciones, con afectos etc., (Miller 2012) y se verá reflejado posteriormente, serán personas descuidadas, consigo mismas, introvertidas, imposibilitadas en su propio cuidado, y esto se repetirá nuevamente con sus propios hijos. Según Foulkes y Anthony (1957) nos menciona que la persona está incomunicada con los objetos internos (padres) y no logra integrarlos psicológicamente, y al proyectarlos afuera (hijos) tampoco puede establecer adecuado contacto, incluyendo el autocuidado.

He aquí un ejemplo sobre el descuido hacia sí mismo y la dependencia hacia los padres:

Mimí: *“he pensado en irme de la casa, pero me pongo a pensar en mi mamá, ¿qué pasará con ella? Por ella no me decido a irme, y así como es mi papá, temo que a veces se estén peleando, siento que me necesitan...”*

El sujeto muchas veces no expresa adecuadamente los sentimientos hacia sus padres durante un proceso psicoterapéutico, y no podrá dar paso a sus nuevos sentimientos de enojo, correrá el riesgo y el peligro de proyectarlos sobre otras personas. Entonces el proceso psicoterapéutico grupal, será un medio de descubrimiento sensorial, emocional, y mental de la verdad reprimida del pasado, donde existe una exigencia moral de reconciliación con los padres.

Winnicott (2015), menciona que la sumisión al otro(s), se puede relacionar con un falso self, un yo débil ya que al no tener un apoyo yoico maternal, se le dificultará desarrollar sus patrones personales. Si a un niño se le priva de una figura que le de este sostén, puede tener como consecuencia la destrucción de su verdadero self, relacionándose con vínculos introyectados que son patógenos para evitar la angustia de desintegración que siente como amenaza, esto puede desembocar en el descuido de sí mismo, descuido hacia los otros y el de su entorno.

Schilder da continuidad a la concepción de Burrow sobre el “grupo como un todo” que se desarrolla dentro del marco funcionalista norteamericano de la psicología del yo, para la cual el objetivo del trabajo grupal consiste en consolidar las funciones integrativas del yo, (Sánchez, 2000).

7.4 El cuidado de enfermos y otros familiares de las pacientes cuidadoras.

El cuidado hacia el enfermo, la mayoría de las veces implica el descuido hacia uno mismo y/o a los demás, puede significar el sacrificio de las propias necesidades, se pierde lealtad hacia uno mismo, de comunicación sincera a sí mismo, al olvidarse y enajenarse de uno mismo, con el afán, probablemente de ser reconocidos, ser amados, por figuras importantes, principalmente los padres, para no sentir el rechazo que quizá en algún momento sentimos.

Es muy probable que los cuidadores primarios (principalmente familiares del enfermo), desarrollen con el tiempo problemas físicos y psicológicos, asociados al estrés, la ansiedad, la depresión y la frustración, convirtiéndose en una persona que irá enfermando paulatinamente, se tiene que tomar en cuenta el tipo y grado de

dependencia del familiar cuidado, este puede variar considerablemente en función del mayor o menor deterioro de su salud, tanto física como psicológica.

En relación a esta categorización expondré algunos hilos discursivos:

Susi: *“Además de eso tengo a veces que atender a mis sobrinos, ya que sus papás no están, entonces yo me encargo de ellos y estoy al pendiente de lo que necesiten...*

“me estoy enfermando yo también”

Mimí: *“...como que mi papá no lo acepta que está enfermo, no se cuida, no sigue las recomendaciones del médico, cuando se enoja se sale y come en la calle, no sigue la dieta, hace actividades que no puede hacer, y después se siente mal y yo soy la que tiene que lidiar con sus molestias, con la preocupación de mi mamá y con su enojo, como no le puede decir nada a mi papá, se pone de mal humor y tengo también que lidiar con eso.” “no puedo salir con mis amigos, no tengo vida social por estar al pendiente de mi papá.”*

Las tareas de los cuidadores se centran habitualmente en tres áreas: el aseo, la alimentación y la movilidad; lógicamente, a mayor dependencia para las tareas de supervivencia se produce una mayor sobrecarga, siendo la sobrecarga física especialmente costosa en el área de la movilidad (Astudillo y Mendinueta, 1992). Aunado a lo que describe Susi, una de las integrantes del grupo, que no solo se tiene que hacer cargo de sus padres enfermos, sino también de sus sobrinos y sus hijos, generando un desgaste aún mayor.

Los cuidadores primarios son la principal red de soporte y cuidado del enfermo; sin embargo, estas personas no están formadas o preparadas para dicha labor. Se ven obligadas no solo a brindar apoyo físico y emocional, sino también a soportar las

perjudiciales consecuencias que conlleva la enfermedad. La carga familiar es importante y desgastante (más aún si se tienen a cargo la responsabilidad de más miembros que dependen del cuidador, como hijos, sobrinos, esposo, etc.) pues conlleva problemas que van de lo económico hasta reacciones emocionales, el estrés de sobrellevar un comportamiento y una dinámica alterada, la perturbación de la rutina doméstica y la restricción de las actividades sociales (Bestard y Cutiño, 2019).

La demanda de ayuda por parte del enfermo, puede ser adecuada a sus necesidades reales o ser excesiva e inapropiada. En algunos casos los mayores dependientes desarrollan una extremada dependencia psicológica del cuidador que resulta claramente disfuncional. En ocasiones esta demanda exagerada, en vez de responder a unas necesidades reales, responde a una excesiva necesidad de contacto personal, que muchas veces tiene su origen en un temor inconsciente al abandono, o a la descarga de la agresividad derivada de los sentimientos negativos y de frustración que tienen su origen en la situación de dependencia (Gil, Rodríguez y Cid, 2008).

La psicoterapia de grupo es un instrumento terapéutico que facilita la reducción de angustia, miedos, frustraciones, ansiedad, estrés, depresión de los integrantes, la recepción y emisión de apoyo social, la toma de conciencia sobre su realidad y su psicopatología, su integración en la dinámica de la unidad y el manejo de conflictos y tensiones, así como aumentar las posibilidades de su transición a la comunidad y la continuidad en recursos asistenciales terapéuticos.

El cuidador debe recordar que la primera obligación que tiene después de atender al enfermo es cuidar de sí mismo y saber cómo se previene el desgaste físico y emocional que produce el trabajo continuado con un enfermo.

La experiencia de cuidado puede ser vivida con mayor o menor sobrecarga dependiendo del apoyo y de las redes de apoyo que se reciban por parte de los miembros de la familia, principalmente del cuidador primario, ya que existe una alta correlación entre recibir o no ayuda y compartir el cuidado con un mayor o menor sentimiento de sobrecarga, por parte de los miembros de la familia (Gil, Rodríguez y Cid, 2008). Y ese fue uno de los objetivos de esta investigación/intervención, que cada integrante se sienta comprendido y ayudado, para disminuir la sobrecarga.

Dentro del grupo psicoterapéutico se da un fenómeno denominado: aprendizaje interpersonal. En donde el grupo permite desarrollar patrones de relación más saludables con el medio social del integrante, a través de la interacción con el resto de miembros (Sanz, 2016). Además, al mismo tiempo que un paciente es ayudado por la experiencia personal de los demás pacientes también se convierte en ejemplo y modelo para el grupo cuando expresa sus vivencias dentro de este, el encuentro con otras personas, dentro del grupo hace que se vuelva a poner en funcionamiento el área social de la persona.

La dinámica de grupo para cuidadores primarios, intenta contribuir a reparar los daños psicológicos producidos por los agentes estresantes de su periodo de la vida como cuidadores y trata de restablecer una mejor adaptación a las situaciones en las que viven, generando un entorno favorecedor del desahogo psicológico y emocional y fomentando un ambiente de seguridad y confianza que facilita el análisis y la toma de conciencia de la situación que viven y de sus respuestas frente a su situación como cuidadores (Gil, Rodríguez y Cid, 2008).

Además, de crear un espacio donde se sienten escuchados, comprendidos, aceptados, en el que comparten y validan sus vivencias, les proporciona la experiencia

real del establecimiento de unas nuevas relaciones lo que les ayuda a salir del aislamiento, contribuyendo de modo notable a la reducción de la angustia, la ansiedad y el estrés acumulado a lo largo del tiempo.

7.5 Antecedentes familiares de las pacientes del grupo psicoterapéutico.

Es importante rastrear con quienes nos desarrollamos, la familia juega un papel importante en este desarrollo, nos puede marcar de por vida, la familia es un conjunto de piezas importantes para el desarrollo del infante, tal como lo menciona Tyson (2000), son representaciones mentales inconscientes de dichos objetos y del sentido del self en interacción con los padres, que se forman en el curso del desarrollo a partir de interacciones y experiencias importantes de la infancia, afectando profundamente las interacciones de la persona y sus elecciones de objeto, si estas no fueron las adecuadas puede ocurrir que las elecciones en la vida adulta no sean las adecuadas.

Esto puede llevar a la persona a repetir lo que vivió en alguna etapa de su vida o a aplicar lo que aprendió, por ejemplo, si aprendió violencia, repetirá violencia como algo normalizado a lo largo de sus relaciones, y lo hará continuamente como una forma inconsciente de resolver dicho conflicto, tal como lo menciona Freud cuando habla sobre la compulsión a la repetición. He aquí un ejemplo, las pacientes sufrieron violencia y abandono, relaciones destructivas que se han repetido, por ejemplo:

Susi: *“mi padre era agresivo, recuerdo que si no hacían lo que pedía, se molestaba, insultaba y nos pegaba...” “...un día me golpeó varias veces con un cable, yo gritaba que alguien me ayudara, pero nadie lo hizo, por más que grité, ni mi mamá se metió, ese día recuerdo que me hice pipí encima...” “...mi hijo sufrió mucha violencia por*

parte de su papá cuando era pequeño, yo era muy sumisa y no podía decir nada porque había ocasiones que me pegaba...”

Y asocia que la situación volvió a repetirse:

Susi: “hice lo mismo que hicieron mis padres conmigo, me dejaron sola y yo también lo dejé sólo, eso me causa remordimiento por no estar con el cómo hubiera querido...”

Este es un claro ejemplo de cómo la violencia ha estado presente a lo largo de la vida de esta paciente, su padre la golpeaba, su primer pareja la golpeaba y humillaba, su hijo sufrió su ausencia, dejándolo con un yo debilitado, incapaz de defenderse, ya que también sufría la violencia del abuelo. Y en la actualidad el también ejerce violencia.

Con respecto a esto Kaës (1993) propone tres modos de trasmisión del aprendizaje, que en este caso es la violencia: 1) Intrapsíquica, la cual demuestra que los contenidos psíquicos son transmitidos desde lo inconscientes hacia el preconscious o consciente. 2) Interpsíquica o intersubjetiva, la misma es originada en el grupo familiar como trasmisión intergeneracional y 3) la trasmisión transpsíquica, la cual está constituida por aquello que es de otro, proviene directamente del psiquismo de otro que pertenecen a otra generación (ejemplo: padres, abuelos, etc.).

Siguiendo a la misma paciente pero ahora, con respecto a la madre menciona lo siguiente:

Susi: “mi madre fue muy sumisa, prefería no contradecir a mi papá ya que también la golpeaba, le tenía mucho miedo. Y eso me hace tener sentimientos ambivalentes hacia los padres, pero incapaz de expresarlos adecuadamente: “a mi padre le tengo coraje por cómo me trató, y con mi madre porque que no se atrevió a defenderme”.

La paciente al igual que la madre, fue sumisa ante su primera pareja, la humillaba y golpeaba, y esta no se atrevía a contradecirlo o a exponerle su desacuerdo negar u oponerse por miedo a que reaccionara con más violencia y la llegara a golpear.

Otros casos dentro del grupo ejemplifican como se repiten las mismas pautas con respecto a los roles de género, como el machismo:

Arely: “mi familia es así, culpa a las mujeres de que a veces no salen bien las cosas, por ejemplo en las situaciones del hogar, ya que según mi familia deben ser las encargadas de hogar y los cuidados de los abuelos, y si no lo hacemos bien, nos lo reprochan”.

El grupo familiar, es un grupo primario natural; se le considera fundamental para proveer la gratificación de las necesidades básicas del ser humano y sobre todo de los hijos, quienes por su dependencia deben encontrar plena satisfacción a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo (Sánchez, 1984).

Slavson (1976) señala que el hombre sólo puede lograr su desarrollo y plenitud a través de los grupos, en este caso el grupo primario, ya que en ellos se repiten los vínculos que se establecieron en las relaciones tempranas, no sólo con otro individuo sino en general con otras personas. Aportando y ayudando a la construcción del yo, a la adaptación social y a la formación de la personalidad.

Las experiencias basadas en un espacio para el sentimiento de unidad entre la madre y su hijo, le dan al bebé la oportunidad de ser, y surgirá todo lo que tiene que ver con la acción y con la interacción, estas experiencias emocionales positivas tempranas, al repetirse una y otra vez en la interacción madre-hijo, comienzan a codificarse en la

memoria procedimental, lo que favorece el sentimiento de seguridad del niño en desarrollo.

La familia o grupo primario, es quien ayudará a estructurar el yo del individuo, es quien debe brindarle al otro el afecto, la seguridad y la comprensión. Pero si carece de todo este sostén familiar y de este sentimiento de unidad, de pertenencia, puede repercutir a largo plazo en su seguridad, y el amor a sí mismo.

Si no existió tal seguridad en el infante, cuando sea adulto volverá a recurrir a sus antiguas estrategias de supervivencia, traicionará a su verdadero yo, renunciará a su capacidad crítica y de razonamiento a fin de obtener, gracias a su adaptación, la apariencia del amor.

El cuidado materno se va modificando según la edad del niño, desde la satisfacción en los primeros años en la temprana dependencia, así como en su progresiva independencia y busca de autonomía. El cuidado materno pasa a convertirse en el cuidado de los progenitores del niño, en el que ambos asumen dicha responsabilidad frente al mismo.

7.6 Antecedentes personales de las pacientes cuidadoras.

Los antecedentes personales son de suma importancia para la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales, representa el estudio psicoanalítico de la naturaleza y el origen de las relaciones interpersonales y de la estructura intrapsíquica que derivan de las relaciones internalizadas del pasado, fijándolas, modificándolas y reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes.

La relación con la familia, principalmente con los padres puede explicar gran parte de nuestra propia vida. Cada individuo recorre un largo camino, desde ser una unidad con la madre, hasta convertirse en un sujeto independiente, donde padre y madre son los principales factores estructurales para el psiquismo del niño, y si no existe esa estructuración terminará con un yo debilitado (o como lo llaman los psicólogos el Self, un falso Self) incapaces de enfrentar y temiendo ciertas situaciones, introvertidos, incluso utilizando la extroversión como una defensa al ambiente hostil, inseguros, esto es, causa conflicto y malestar psicológico, ejemplificado en los siguientes discursos en el grupo:

Susi: *“...yo era muy sumisa y no podía decir nada, porque había ocasiones que mi ex pareja me pegaba, incluso me llegó a golpear en la calle....”* *“Al igual que mi hijo, su papá fumaba marihuana y tomaba mucho, era muy inestable y mi hijo también lo es...”*

En el caso de Susi, viene de una familia violenta, su padre era violento, la golpeaba a ella y a su mamá, y esta era muy sumisa, y esta sumisión le causaba también cierto enojo y coraje hacia su madre. Esta situación familiar se repitió con su pareja y su hijo.

Entonces, la naturaleza de nuestros primeros vínculos influye significativamente en la vida posterior de cada individuo, hay continuidades en el vínculo de los niños

mantenidas por la relación padres e hijos. Esta no sólo influye en relaciones futuras, sino también en el desarrollo de otros sistemas, como la seguridad y la autoafirmación.

Mimí: *“...yo tenía que hacer la mayor parte de los deberes de la casa, como barrer, limpiar, ir a mandado, etc., estas situaciones me hicieron que le tuviera odio a mi hermana, ya que ella era la prioridad de mi familia, y hacía las cosas para tener aprobación de mi familia...”*

Resulta difícil comprender y rectificar los tempranos conflictos familiares sin reconocer que la conducta actual es una reedición, más o menos corregida y aumentada, de la actitud defensiva que se adoptó en la infancia, es lo que ocurre con los ejemplos discursivos anteriores. La transacción entre un deseo y el temor al castigo o pérdida del amor de las figuras importantes durante esa época de la vida, cuya percepción se distorsiona con frecuencia, debido a la proyección en ellas de la rabia infantil omnipotente y de su intolerancia a la demora (Portillo, 2000).

Freire de Garbarino (1992) considera que el vínculo temprano es de fundamental importancia, como un elemento básico y determinante de la futura salud mental del ser humano, es desde aquí que parte la posibilidad de autonomía posterior de cada uno.

González (1999) nos dice que las personas que mantienen normas culturales rígidas o expectativas que no son suyas, creen que su comportamiento está determinado por fuerzas sobre las cuales no tienen control. Sin embargo, para cuando llegan a la edad de hacer elecciones por sí mismas, pueden haber ya interiorizado las normas de conducta que les fueron impuestas, teniendo por consecuencia el que no puedan violarlas sin experimentar un profundo sentido de culpa, atándose a sí mismas y bloqueando sus canales de expresión.

Arely: "...soy muy reservada, casi no cuento lo que me pasa, por ejemplo no me gusta decir que mis padres fallecieron, porque siento que me tratan como la niña huérfana, la que no tiene a sus papás y eso me causa molestia, así sentía que me trataban..."

Arely es reservada, pero después de la segunda sesión comenzó a hablar y a expresar más y con mucha facilidad, y eso dentro del grupo, es uno de los objetivos, el enfocarse a capacitar las habilidades para las relaciones humanas; así como en el aumento y mejoramiento de la comunicación en las relaciones interpersonales basándose en la experiencia; y enfatizar las relaciones interpersonales (Ibid, 1999).

Según Kissen (1989) una dinámica de grupo, bien llevada, favorece el desarrollo del ideal del yo, pues no sólo ayuda a fortalecer al yo y al superyó sino que también le da forma y contenido a los valores, a los ideales y a las aspiraciones sublimatorias más nobles del ser humano.

El ser humano es un ente social. En su naturaleza confluyen elementos biológicos que lo distinguen y conforman como ser individual y único, aspectos psicológicos que le otorgan un matiz a su personalidad y elementos sociales que lo constituyen como un ser inmerso en la comunidad. La primera relación grupal que el individuo establece es con su grupo familiar y dentro de éste, con la madre; de manera posterior, padres, hermanos, familia extensa, amigos y comunidad en general conforman el núcleo social que lo rodea, y los vínculos que establezca estarán matizados por el tipo de relación que estableció con sus objetos de la infancia.

La identificación es uno de los fenómenos importantes en los grupos, pues gracias a esta se recrean las relaciones infantiles; es la fuente donde se despliega, en gran parte,

el desarrollo del yo del superyó. Al identificarse unos con otros, los miembros comprenden mejor si respectivos problemas, por lo que establecen mejores vínculos de comprensión emocional (Ibid, 1999). Con frecuencia, la psiconeurosis se manifiesta en formas de desadaptación social, pues aunque tiene base en la propia psique del individuo, se origina en las relaciones intragrupalas. Como es necesario superar las desventajas individuales, el grupo es empleado como instrumento de desarrollo y para corregir aquello que se dio de manera patógena, con lo cual el trabajo con grupos adquiere un carácter reeducativo (Slavson, 1934).

En la psicoterapia de grupo se fomenta el fortalecimiento yoico el cual no se estructuró adecuadamente en la infancia, se hace a través de la identificación de los mismos integrantes. Esto debido a que el grupo, sobre todo en las etapas iniciales, es fuente de ansiedad generada por un cúmulo de temores y vergüenzas, como el miedo a exponerse, deseos de poder y temores al rechazo, a la aceptación o al reconocimiento. Lo anterior surge a causa de las relaciones tempranas del individuo que replican, en el grupo, las experiencias familiares que en su momento fueron formas adaptativas de las fuerzas psíquicas; el grupo tiene una función correctiva del yo, al permitir que las múltiples identificaciones y transferencias actúen como catalizadores entre sí, además de poner a prueba al propio yo y permitir un mejoramiento de la autoimagen (Ibid, 1999).

Tal y como pasa con la mayoría de los integrantes del grupo, que demuestran una dependencia fuerte hacia sus padres enfermos, posiblemente por un súper yo severo, donde si no se atienden adecuadamente las necesidades del enfermo les causa angustia, culpa y malestar emocional.

7.7 Estructura familiar de las pacientes cuidadoras.

Esta estructura, debe ser estable, fuerte, estrecha, en la interacción temprana en el grupo familiar, principalmente las figuras parentales, donde se constituye el vínculo, este vínculo temprano es de fundamental importancia, como elemento básico y determinante de la futura salud mental de la persona. Es desde aquí que parte la posibilidad de autonomía posterior de cada uno. (Freire de Garbarino, 1992).

Los padres son las primeras figuras enseñantes y a partir de esto se construye la matriz que organiza los posteriores aprendizajes en la vida del niño. Siendo la modalidad de aprendizaje un molde relacional armado por dicha relación, entre la madre como la que enseña y el niño como el que aprende, la cual continúa construyéndose en las posteriores relaciones de enseñantes y aprendientes como lo son: padre, hermanos, abuelos y maestros, etc. ejemplo:

Susi: *“... mi padre me golpeaba, era violento...” “me casé con una persona violenta, que me golpeaba física y emocionalmente, con el cual tuve a mi hijo, que es adicto a las drogas y además tiene problemas de violencia, golpea a su hijo y llegó a golpear a su esposa, se separaron un vez pero regresaron nuevamente”.*

Dentro del grupo existen discursos que presentan similitudes, por ejemplo que existe en ellas un súper yo severo, y dentro de este se encuentran dos elementos: el yo ideal, el ideal del yo. Estos discursos pueden escucharse y vislumbrarse ocultos en los discursos latentes y manifiestos de cada una de las pacientes y encajan perfectamente en la mayoría de las categorías antes expuestas.

Es evidente que en cada paciente existe una incapacidad de dirigir su propia vida, de satisfacer sus propios deseos, en cambio, están sometidos al servicio, las demandas

y los deseos de lo que los padres, principalmente del familiar enfermo desea; buscan complacerlo en las demandas que requiere y solicita, tratando de llenar sus expectativas, sin dejar la culpa de lado.

Mimí: *“tengo que mantener contento a mi papá, de lo contrario se pone mal, regaña a mi mamá.” No puedo salir con mis amigas porque ya me está llamando que donde ando, y le reclama a mi mamá que no me dice nada, y no salgo con tal de que no se enoje, eso me da coraje, pero tengo miedo que si le digo algo a mi papá, se enoje y se sienta mal, y después me siento culpable...”*

En los grupos terapéuticos, la identificación implícita en la interestimulación permite levantar ciertas represiones, pues el alivio de saber que no se es el único que tiene pensamientos y acciones "reprobables" disminuye la culpa que los acompaña, ya que en la mayoría de las integrantes existe ese sentimiento de culpa (Dies, 1993), que genera un malestar y una carga. Son importantes las percepciones de la mujer acerca de su percepción y el cómo las perciben los demás miembros de la familia y también dentro del grupo psicoterapéutico.

Para Kadis, Krasner, Winick y Foulkes (1969) los enlaces transferenciales son tan intensos en el grupo como en la terapia individual y más complejos que en ella. El grupo terapéutico crea una situación que obliga a trasponer los sentimientos de situaciones anteriores a los miembros. El trabajo no se encamina a la producción de la neurosis de transferencia, porque ésta se actúa en el seno del grupo, lo que permite revivir, en el aquí y ahora de la interacción, la relación con padres, hermanos y grupos familiar y social, en forma simultánea. Esta depositación transferencial masiva de objetos internos favorece intensas regresiones, cuya fuerza de convicción supera, en muchas

ocasiones la que se logra en el análisis individual, aunque la transferencia al terapeuta sea menos intensa que en éste.

La comprensión y aceptación de las fuerzas inconscientes puede favorecer su integración intrapsíquica, la disminución de los sentimientos de culpa y, por tanto, suaviza la severidad superyoica, además libera recursos yoicos, hasta aquí involucrados en el conflicto o carentes, debido a éste, de la energía necesaria para manifestarse (Portillo, 2000).

Grotjahn, M. (1979) afirma que, si en el análisis individual el paciente es el hijo único, en el grupal es miembro de una familia. De ahí que la terapia de grupo pueda considerarse como una “experiencia familiar correctiva”.

Dentro del grupo y de acuerdo a todo sentimiento de culpa introyectado, que puede ser un afecto predominante y común dentro del grupo, el grupo mismo tendrá que apoyarse y coadyuvar para disminuir este sentimiento. La identificación entre los miembros del grupo es del tipo más arcaico, es decir, introyectiva. Y es lo que se hizo dentro del grupo, ya que cada una comprendió la situación de la otra brindándole apoyo y expresando como hizo y pudo solucionar cada una la falta y la carencia de amor y comprensión, hablando desde su propia experiencia.

Para Grinberg, L.; Langer, M. y Rodrigué, E. (1957) el interjuego entre *identificación* y *proyección* se expresa en la búsqueda de equilibrio entre dar y recibir. La calidad y la naturaleza del vínculo con el primer grupo, la familia, ya que esta tiene como función de moldear la forma y el contenido del dar y el recibir durante toda la vida. Se tiende a dar y recibir, sobre la base fantaseada de cómo, qué y cuánto se “ha dado” (o “recibido”) y “le dieron (o “recibieron” de él). Esta fórmula puede sustituirse por lo que “se

le ha hecho”; contiene un tipo específico de relación positiva o negativa (amor, piedad, envidia, rivalidad, odio); condensa los conceptos de las *identificaciones introyectivas* y *proyectivas*. De acuerdo con el afecto predominante, se tenderá a despojar al “otro” de lo que no se tiene, dañarlo o destruirlo; o por el contrario, ofrecerle lo que le falta, por sentimientos de culpa y necesidad de reparación.

La comunicación deja de moverse en el terreno intelectualizado para dar paso a los sentimientos que despierta el estar con otros, repetición de los sentimientos que se despertaron en las relaciones familiares del pasado. Se inicia la interacción terapéutica. (Portillo, 2000).

Es pertinente destacar que en la familia nuclear, y dentro del grupo psicoterapéutico, el proceso de enseñanza y aprendizaje, puede existir un proceso de transferencia, que se observa en todos los ámbitos de nuestras relaciones sociales, es decir, se transfieren todas aquellas imágenes que en su vida han construido su propia historia de aprendizaje. “Y es en ese interjuego de transferencias y significaciones que la apropiación del conocimiento (que es el aprendizaje), puede realizarse como transformación.” (Fernández, 1992).

7.8 Roles de las cuidadoras ante enfermo y familia.

En una familia funcional los roles ante el enfermo y familia organizan las interacciones familiares, y dotan de sentido las conductas de sus miembros. Sin embargo, existen familias que imponen directa o indirectamente un rol, y este tiene que satisfacer las necesidades de la familia, tal como en este apartado, donde los padres impusieron de forma subjetiva roles que no les corresponden, implícitos en los discursos o demandas de los padres, en este sentido los discursos de los pacientes que a continuación se expondrán van dirigidos a los roles impuestos subjetivamente, mediante procesos de interacción, y se van asignando roles a sus diferentes miembros, por ejemplo:

Esther: *“cuando mi mamá está en el hospital, mis hermanos me dicen que soy yo quien tome las decisiones, eso me frustra, porque si me equivoco me echan a mí la culpa...” “...me hacía cargo de mis hermanos ya que mis papás se iban a trabajar, tenía que cuidarlos y estar al pendiente de ellos y ahora es lo mismo con mis papás.”*

Como se puede observar en este fragmento de discurso, el rol que toma la paciente, es el de una madre, que se tiene que hacer cargo de los hermanos y además tomar decisiones.

En algunas familias disfuncionales se puede encontrar que se ha otorgado a los hijos de forma encubierta una posición demasiado elevada en la toma de decisiones familiares. De esta manera, los hijos tienen un rol que supera sus competencias e incluso se podría decir que estos niños ocupan un rol de padre de sus propios padres, o de padre de sus hermanos. Esta función no es en sí misma dañina. Pero sí lo es cuando se convierte en un rol escondido, duradero e inapropiado para las competencias del niño.

Por ejemplo, en familias en las que falta uno de los cónyuges o en que la relación de la pareja está muy perturbada, un hijo puede funcionar como cónyuge sustituto o como madre sustituta (Carreras, s/f); tal como veremos en los siguientes ejemplos discursivos:

Mimí: *“...a veces le digo a mi papá que parezco yo la esposa, o la madre...” “...si le llevo a reprochar me dice que nunca nos faltó nada, que él trabajó para que tengamos lo mejor, que no nos faltó nada...”*

Cuando surge alguna dificultad entre el hombre y a mujer, el primero nunca apela a su condición masculina; se ignora la frase tan común en nuestra cultura de “yo soy el hombre”, por el contrario se expresa: “yo te hice crecer, porque no me obedeces” como se ve, el hombre tiene derecho sobre la mujer, porque mediante sus sacrificios y sus esfuerzos la nutrió e hizo crecer (Ramírez, 2019).

Mimí: *“si le reclamamos a mi papá se enoja y nos dice que no nos faltó nada, gracias a que se iba a trabajar y que gracias a eso estamos donde estamos...”*

Para Pichón Rivière (1985), la familia es una estructura social básica que se configura con el interjuego de roles diferenciados: padre, madre, hijo, etc., y están entrelazados entre sí. En ocasiones, la asignación de un rol a un miembro de la familia es tan rígida que conlleva una fuerte invasión de su personalidad. Y es que en las familias se pueden construir personas con una gama de atributos de los que es difícil escapar, por ejemplo si la familia dice que eres tonto, jugarás en tus relaciones familiares y sociales, el papel o rol de “tonto”, y el individuo lo traerá ya impreso en su psique (Daco, 1967. Pichón Rivière, 1985).

Pichón Rivière (1985) define rol como "un modelo organizado de conducta, relativo a una cierta posición del individuo en una red de interacciones ligado a expectativas propias y de los otros" (p. 158).

El ser humano se forja como tal a partir de roles que va realizando a lo largo de su vida, la terapia de grupo se convierte en facilitadora de la co-construcción de vínculos y de nuevos roles. La psicoterapia grupal, permite trabajar sobre roles estereotipados y brindar mayor flexibilidad a los mismos por medio del interjuego dialéctico entre el adjudicar y asumir.

Susi: *"... tengo a veces que atender a mis sobrinos, ya que sus papás no están, entonces yo me encargo de ellos y de mis papás, y es algo que siento que tengo que hacer."*

Todos los miembros de un grupo desempeñan roles o funciones, según González, Monroy y Kupferman (1999), mencionan que los roles tienen cierto efecto normativo en la conducta social que sirven para fijar límites en la conducta de los individuos de una sociedad; estos roles determinan la conducta, según el rango que ocupa.

Estos roles son estructuras impuestas en la conducta, si se considera a la familia como un sistema social, cada integrante que ocupa un rol, y cada rol ocupa cierta posición dentro de ese aspecto y está relacionado de forma específica, son estructuras impuestas a la conducta.

Existe cierta relación entre la estructura de la personalidad del individuo y de los papeles de acción que los integrantes de un grupo pueden aprender, y aprenden a desempeñar.

Pero los roles no sólo se repiten por similitud, sino que las personas pueden asumir nuevos roles y otorgar roles en la otra persona tratando de corregir, controlar, defenderse o borrar las antiguas pautas relacionales no queridas de su familia de origen.

Características como la pasividad, ternura, comprensión, receptividad, falta de agresividad y temor al peligro, todas ellas consideradas en la cultura occidental como específicas del rol de la mujer, y que tienen que ser revaloradas a la luz de la investigación cultural, ya que son las que llevan la mayor responsabilidad en el cuidado y mantenimiento de la familia y hogar.

Para Kaës, (1993) los roles se constituyen para servir al mismo tiempo al interés del individuo, al de aquellos con los que está ligado y al del conjunto que ligan a través de este interjuego. En el grupo psicoterapéutico existen roles, estos roles juegan una importante función grupal, por ejemplo: el porta-voz, porta-sueños, porta-sufrimiento.

El trabajo común del grupo representa un sistema en el que cada parte, o rol, depende, en cierto modo, de los demás y, a su vez, repercute sobre ellos, modificando todo el sistema, social, familiar, etc.

Muchas veces lo que se intenta hacer con los roles que se adjudican es comúnmente equivalente a un exceso de “ser el bueno, la buena”, a no constituir nunca un “problema”, a nunca afirmar o manifestar cualquier contra-voluntad de uno mismo. Sin embargo, el “ser bueno” no se lleva a cabo en virtud de un deseo positivo, por parte del individuo de hacer las cosas que los demás dicen que son buenas, sino que es una conformidad que es negativa a una norma, pero esta norma es la de otro y no la de uno mismo, y uno es incitado a acatarlo, por temor a lo que podría ocurrir si uno se atreviera a ser “sí mismo” en la realidad.

Rolland (1993) sugiere que entre más comunicación e información exista entre la familia acerca de la enfermedad, pueden distribuirse mejor los tiempos y la organización de los cuidadores y los cuidados hacia el enfermo, así como una mejor distribución de tiempos y roles de cada uno de los integrantes de la familia, además, la buena comunicación ayuda a resolver los problemas de forma oportuna y arreglar las diferencias entre los integrantes de forma pacífica. Al tener una buena relación familiar la enfermedad de la persona enferma puede sobrellevarse mucho mejor y con menos carga, se recomienda que los integrantes busquen ayuda con profesionales de salud, para un mejor manejo del padecimiento del enfermo. Si se anticipan a los problemas y se diseñan soluciones, pueden evitarse muchas de las crisis y problemas, tanto individuales como familiares vinculadas con la enfermedad.

En el grupo social, por un lado, los roles surgen, hasta cierto punto, por elecciones conscientes y voluntarias dentro de las naturales restricciones impuestas por diversos factores y se ejercen en forma consciente. Sin embargo, en el grupo psicoterapéutico, los roles aparecen debido a motivaciones inconscientes, obedecen a mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva y se ejercen en forma involuntaria. Hay ocasiones en que algunos de los miembros del grupo pueden sentirse "obligados" a desempeñar ciertos roles que les han sido "impuestos" por los demás (Grinberg, Langer y Rodrigué, 1961).

Por otra parte O'Donnell (1977), nos dice que todo rol social es una forma de control de la sociedad sobre el individuo, implica actuar a partir del deseo del otro, que es vivido como propio. Ser lo que se da por sentado que se debe ser, no lo que en realidad se es. Con los roles impuestos, la sociedad nos aprisiona dentro de dichos

lugares alienantes, a través de la actuación de sus propios roles, del mismo modo en que nosotros influimos sobre ellos para que se hagan cargo del deseo ajeno. Los roles sociales son infinitos y sutiles: el rol de "persona fuerte" implica una capacidad de "aguantar" más que nadie, una "fuerza" superior que obliga a someterse, tal como ocurre con los cuidadores de este grupo psicoterapéutico.

7.9 Miedos específicos de las cuidadoras a la muerte.

Con respecto a esta categoría, salió a flote a causa del arribo de una ambulancia, eso hizo que en el grupo existiera un silencio por varios segundos, hasta que una de las integrantes comenzó a hablar de que teme que su hijo o algún familiar fallecieran, lo procedente es explorar el significado y angustias que despertó esta situación y la partida del familiar.

Algunos silencios manifiestan parálisis ante angustias y temores intensos. Otros transmiten perplejidad ante acontecimientos grupales perturbadores (enfermedad grave o muerte de compañeros o personas cercanas). Pueden expresar la tranquilidad reflexiva de quien elabora una interpretación, o la liberación de una tensión previa. Los *silencios grupales* son más frecuentes en los estadios tempranos del tratamiento, como manifestación de la ansiedad inducida por el grupo. Pueden marcar el final o el principio de una fase del tratamiento (los miembros se toman un respiro y esperan que surja un nuevo tema). El silencio expectante del grupo dentro del supuesto básico de dependencia expresa el deseo inconsciente de ser alimentados por el terapeuta (Anzieu, 1978, Bion, 1980, Slavson, 1976).

Toda la carga y responsabilidad impuesta o autoimpuesta, puede generar angustia, desesperación y ansiedad, trayendo consigo ideas, pensamientos y miedos específicos a morir. Freud (1915) afirma que la muerte propia no puede concebirse debido a que inconscientemente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad, y sólo puede pensarse en la muerte a partir del deceso de otro, pues ésta devela la serie de afectos que determinan nuestro posicionamiento frente al otro (s), el psicoanálisis señala a los fenómenos inconscientes como determinantes de la vida humana, al confrontarnos con la innegable vulnerabilidad e inevitable finitud.

Por lo tanto, los vínculos afectivos son los que determinan nuestra posición ante la vida y la muerte; estos lazos propician que nos abstengamos de correr riesgos o, por el contrario, éstos se asumen revestidos de heroísmos.

Según Gala, Lupiani, Raja, Guillén, González, Villaverde, Gutiérrez y Alba (2003), el miedo a la muerte se puede dar por algunas razones, por ejemplo, miedo a perder el control, miedo a lo que acontecerá a los suyos tras su muerte, miedo al miedo de los demás, miedo al aislamiento y a la soledad, miedo a lo desconocido, miedo a que la vida que se ha tenido no haya tenido ningún significado, etc. La suma de estos miedos se traduce en sufrimiento, psicológico, un sufrimiento bastante doloroso real y esto es lo que más se teme. Tomando en cuenta a los autores, se puede relacionar con los cuidadores, ya que no expresan directamente su miedo a morir, sino el miedo transferencial, es decir a que el otro muera, por ejemplo en este hilo discursivo:

Esther: *“tengo miedo a que mi hijo muera. A veces tengo pensamientos de que mi hijo muera y eso me da mucho miedo y angustia. Estos pensamientos vienen cuando veo a mis papás y pienso en la muerte, no me gustaría que ninguno falleciera.”*

En el grupo, como en el individuo, el fantasma, la idea de la muerte, puede ser también un desorganizador, según la naturaleza y masividad de la angustia, neurótica que suscite y contagie. Este fantasma representa una especie de común denominador de las diversas desorganizaciones por las que se sienten amenazados los pacientes de un grupo; de ahí su elevada frecuencia y su condición de constituir el desorganizador común por excelencia. El gran desorganizador es la experiencia, o la idea de la muerte en los grupos, las fracturas, escisiones, reunificaciones, juegos entre filiación y afiliación, llegadas y partidas de nuevos miembros (Portillo, 2000).

Mimí: *“...a veces me digo a mi misma: pues ojalá te mueras, pero después siento culpa y remordimiento, no puedo desear la muerte y digo: dios mío perdóname.”*

Susi: *“he tenido pensamientos de muerte. En una ocasión estaba parada en una excavación para una cisterna en mi casa, de pronto me imaginé atravesar un palo y aventar un lazo y de ahí colgarme. Pienso eso cada que siento soledad y que tengo mucha angustia, cuando no sé qué hacer con tanto problema.”*

La muerte o enfermedad severa de algún familiar cercano, evidencian sentimientos de culpa relacionados con agresión expresa u oculta, esto puede ocurrir por haber pensado o deseado la muerte, (en este caso de la “carga” que representa el familiar enfermo) o vivirla como un triunfo o liberación de dicha carga, (tal como ocurre en el discurso de Mimí). Para miembros del grupo que saben que pueden perder en cualquier momento a su familiar enfermo o ya lo han, es el momento para renovar esos sentimientos y colocar la pérdida en una perspectiva realista y puede que predominan los sentimientos de desamparo y desesperación (Portillo, 2000)

Otros autores Kleinianos, como Bion (1957) encontraron una conexión entre la pulsión de muerte y el narcisismo, que es, en esa perspectiva, una tendencia a evitar el reconocimiento de que uno no es omnipotente sino que, por el contrario, depende de objetos externos sin los cuales podría morir; esta dependencia resulta intolerable, por lo que el sujeto se vuelve hacia sus propios objetos internos idealizados, y puede que ocurra

Cohen (1982) por su lado relaciona estrechamente la capacidad de la persona para tolerar las fuerzas destructivas con la capacidad de estar solo y, a su vez, considera la capacidad para sobrellevar la soledad y los sentimientos de dependencia como un requisito que define la soledad como el estado mental interno doloroso, a veces producido estando en “compañía” de otras personas que es el resultado del fracaso del desarrollo de la capacidad de estar solo, es decir, de ser incapaz de comunicarse internamente con parte de sí mismo o con los propios objetos.

En las familias disfuncionales a menudo se encuentra que las reglas que rigen las relaciones intrafamiliares son muy rígidas, y no se adaptan ni a los cambios propios del ciclo vital familiar ni mucho menos a los cambios del contexto. De esta manera, cualquier perturbación, ya sea, la muerte de un miembro, la emancipación de un joven, una mudanza, va a desembocar en una disfuncionalidad, que puede conllevar la sintomatología de alguno de sus miembros.

El grupo psicoterapéutico, permite a los pacientes enfrentarse a factores existenciales como afrontar la vida solos, con ayuda del mismo grupo, asumir la responsabilidad de sus acciones de la enfermedad del familiar, incluso, el temor a la muerte (Sanz, 2016).

7.10 Súper yo severo de las cuidadoras primarias.

Las reglas y normas si no se regulan adecuadamente por los padres o las figuras de autoridad, pueden conducir posteriormente a la culpa, a una rigidez sumamente castigadora y punitiva llegando a presentar un Súper yo severo en el individuo.

Freud (1924) postula que el superyó tiene a su cargo la función de conciencia moral, lo cual se traduce en sentimientos de culpa, como resultado de la tensión originada entre yo y superyó; éste último exige por algo que el yo no es capaz de alcanzar por no estar a la altura del mismo. Y es debido a esa incapacidad del Yo por lograr lo que anhela, que la conciencia moral puede actuar de forma exigente y despiadada en contra del yo, además de que entre mayores sean las virtudes del individuo, mayor será la presión ejercida en él (Freud, 1929); es decir, que entre más sea la capacidad de logro del individuo, mayor será el costo que tenga que pagar y, por lo tanto, mayor es el sufrimiento que esta lucha implique.

Será preciso que se tenga una conciencia de culpa, enunciada por Freud (1929) como la tensión entre un Superyó severo y un Yo que se encuentra sometido; por lo tanto, la conciencia de culpa no es otra cosa más que la sensación de angustia ante la pérdida de amor, como resultado de falla(s) cometida(s) por el sujeto. Entonces el Superyó marcará una especie de pauta a la cual el Yo debe ajustarse y cuando esto no sucede así, es cuando surge el conflicto:

Mimí: *“...me enojé con mi papá porque es terco, le dejé de hacer curaciones, fue y la herida se le infectó, incluso no se lavaba adecuadamente cuando se bañaba. Todo eso me hizo sentir culpable, y me decía a mí misma que por mi culpa le había pasado esto”*

Esther: *“...también llegué a sentir culpa porque en una ocasión no revisé a mi mamá y se le infectó el catéter, me sentí responsable por eso, como hija y como enfermera”.*

Mimí: *“en mi caso es diferente, me echa la culpa de sus descuidos, mi papá es manipulador porque me dice que por mi culpa se le infectó la herida, y a veces me dice: “y mejor déjame que me muera, ni me cuidas”.*

Mimí: *“...no puedo decirle a mi papá nada porque se pone mal y empieza a decir que no lo queremos, que ya mejor lo dejemos que se muera, y a veces me digo a mi misma: pues ojalá te mueras, pero después siento culpa y remordimiento, no puedo desear la muerte...”*

Esther: *“...la sociedad siempre va a juzgar y criticar sin saber lo que realmente pasó, además que tiene influencia la parte religiosa, donde te hablan del perdón, pero no es fácil perdonar a la gente que te ha marcado con el daño que te hizo”*

Mimí: *“...él me dice que yo tengo la culpa por no atenderlo, y eso me hace sentir culpable.”*

Entonces, muchas personas sufren esta lucha entre lo que uno quiere hacer y la imposibilidad de llevarlo a cabo “debidamente”, “como debe ser” por la presencia de esos ideales y estándares introyectados durante el desarrollo y sobre lo que “se debiera hacer”, mismos que persiguen al individuo en su cotidianidad, que provocan sentimientos de culpa e impotencia al no poder desprenderse de estos “deberes”.

Para Klein (1946) lo intrapsíquico, está representado por la lucha de objetos internos buenos y malos, parciales y totales; o bien, entre sentimientos agresivos y

amorosos, estos definen los conflictos psíquicos y las fantasías inconscientes, que a su vez constituyen la realidad psíquica o interna.

Ocasionalmente la persona utiliza la formación reactiva para encubrir sus verdaderos sentimientos, es decir, la persona obrará como la mejor persona del mundo y con la mayor buena fe, apoyándose en justificaciones de la índole de: “debemos de saber perdonar”, “el otro no tiene la culpa de nada”, “los perdono a todos”, incluso pidiendo la indulgencia de dios. Pero sólo es una máscara, una estructura defensiva que se desarrolló a lo largo del tiempo.

Se entiende también por súper yo punitivo, cuando el sujeto tiene angustia, miedo, a decepcionar a los demás, principalmente a los padres, el sujeto se exige a sí mismo como un imperativo de éxito que debe alcanzar en todos los ámbitos de su vida. Si no triunfa en sus estudios, en la carrera profesional, no se actualiza constantemente, no cuida su cuerpo, etc., es considerado como fracasado porque no se adapta a los mandatos que la sociedad impone. El sujeto moderno debe rendir en todos los aspectos de su vida, y de esta forma se siente agotado.

Esta angustia de decepción y las inevitables perturbaciones de la relación de la familia y que se puede repetir entre los miembros del grupo o entre éstos y el terapeuta llevan, con frecuencia, a experiencias de pérdida de la cohesión del sí mismo; se viven como fragmentación, devaluación o depresión, que precipitan esfuerzos sintomáticos para restaurar la cohesión del *self*. Esto permite aclarar y elaborar las defensas y mecanismos habituales con los que se enfrenta la vida cotidiana. (Baker y Baker, 1993).

Hornstein (1993) expresa que al hombre de hoy se le exige el éxito en diversos ámbitos, por ejemplo en lo económico, estético, sexual, psicológico, profesional, social,

etc. vivimos en un mundo fascinado por el éxito, el rendimiento, la excelencia, la competencia y hay tensiones fuertes entre las metas y los logros y ello genera sufrimientos diversos.

7.11 Desgaste emocional de las cuidadoras primarias.

Todo esto genera un deterioro emocional, que desde la perspectiva psicoanalítica, hace énfasis en las variables individuales y en los rasgos de la personalidad. Maslach y Jackson (1981), por su parte, definen al desgaste emocional como una respuesta a un estrés emocional crónico caracterizado por agotamiento físico y psicológico, adoptando una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y sentimientos de inadecuación a las tareas que se han de desarrollar, además de presentar sensaciones de cansancio, pesadez y desmotivación.

Los individuos que poseen un elevado ideal del yo, frecuentemente se formaron con padres que de niños se les exigió superarse a sí mismo, para ajustarse a una imagen que fue el “ideal” para los padres. Puede existir un deseo de reconocimiento de sus figuras importantes, pero este no será suficiente para complacerlos, generando un conflicto psíquico en el hijo(a), exigiéndose cada vez más, teniendo una carga excesiva de demandas y deseos que cumplir, viviendo solo para complacer al otro(s), y sólo complaciendo a las figuras importantes, puede ser amado.

Se ve claramente en los discursos de las pacientes, por ejemplo:

Mimí: *“...Sentimos que es nuestra obligación cuidar a nuestros familiares y nos olvidamos de nosotros mismos...”* *“A veces cuesta trabajo expresar esta carga, y nos causa hasta malestares físicos...”*

Entonces, de acuerdo a estos discursos, los cuidadores, tratan de dar respuesta al deseo del otro, la persona ha suprimido su verdadero yo, y se ha moldeado a si misma de acuerdo a estándares impuestos, por la familia o la sociedad, lo cual va generando sentimientos de culpa.

Se observa en los ejemplos siguientes, donde las pacientes han dejado de ser ellas mismas, existe una sumisión, no mantiene su yo ideal, y van acompañados de sentimientos de culpa:

Mimí: *“...Por eso no tengo novio, porque no me dejan ser, me tienen muy controlada, además a veces siento que mi papá me manipula con su enfermedad, ya que a veces siento que algo que hago no le parece y dice que se siente mal o ya no quiere que le haga curaciones.” “... tengo cuarenta años y no puedo tener pareja, porque mis padres me controlan...”*

Esther: *“...a veces hasta dejamos nuestros trabajos y a los hijos, eso me genera culpa...”*

En el primer ejemplo la paciente intenta ser “la hija buena” para ser reconocida, y en ambos se ha perdido la individuación, no se tienen a sí mismas, se han alejado de su autenticidad, de ser ellas misma, por agradar, por buscar el reconocimiento que han carecido a lo largo de su vida; además han jugado muy bien los roles impuestos por los padres, que como ya se expuso anteriormente fueron de cuidadoras, de mamás, de enfermeras, de esposas, etc., prefieren soportar la carga impuesta que sentirse rechazadas por miedo, quizá a que se molesten con ellas.

Las situaciones que han causado malestar se han ido evadiendo y han ido generando a lo largo de su vida un desgaste emocional. No se atreven a expresar lo que

verdaderamente sienten, un claro ejemplo de la teoría expresada anteriormente es el siguiente ejemplo discursivo:

Mimí: *“me siento estresada y con ganas de expresarle todo a mi familia pero no es fácil y al no expresarlo, se va guardando a través del tiempo. Sentimos que es nuestra obligación cuidar a nuestros familiares y nos olvidamos de nosotros mismos...”*

El desgaste emocional que presentan los integrantes del grupo se caracteriza porque no existen límites a su entrega en el cuidado del familiar enfermo ni en el hogar, además existe una gran auto-exigencia y un alto nivel de responsabilidad, no solo hacia el enfermo, sino también hacia otros miembros de la familia, como la madre, hijos, etc., donde las necesidades propias son olvidadas, anteponiendo el cuidado de la salud del otro que las propias. Pero no solo se queda ahí, sino que también sienten que no reciben el reconocimiento, la consideración o el cariño que merecen, principalmente por los demás miembros de la familia, incluso también, por parte del familiar enfermo.

7.12 Insight dentro del grupo psicoterapéutico.

El objetivo de la psicoterapia psicoanalítica grupal es ayudar a generar un Insight dentro del grupo, y ayudar a lograr un sentido más auténtico de la identidad. Lo esencial sería la posibilidad de ampliar significados subjetivos de los pacientes y generar el sentido del Self a través de la armonización de las diferentes organizaciones de la experiencia que puedan tener sentidos contradictorios. Así mismo las interpretaciones no se destinan al descubrimiento de fantasías inconscientes actuales o pasadas. Aquí el psicoterapeuta tratará de explicar los sucesos que se relacionan entre los protagonistas de la relación analítica, cuyos significados se determinan por patrones repetitivos que

tiene el paciente para integrar sus relaciones con los demás (Leiberman y Bleichmar, 2013).

En el grupo, se va construyendo con la trama vincular producida en la interacción a través de mecanismos de identificación/proyección, se va manifestando al hacerse explícito el “nosotros”, formando una “ilusión grupal”, necesaria para la constitución del grupo, al igual que el narcisismo en la construcción del sujeto, como señalara Anzieu (1986), y la organización grupal se va construyendo a partir de dos organizadores: los grupos internos, psíquicos y los socioculturales, como plantearan Pichón–Rivière (1985) y Kaës (1977).

El aprendizaje interpersonal es un factor curativo complejo. Representa en la terapia grupal el análogo al insight, elaboración a través de la transferencia, experiencia emocional correctiva y proceso técnico del encuadre de grupo (Yalom, 1986).

En el grupo no sólo se reviven las dificultades y angustias; sino que se actúan y se vuelven a experimentar. Los mismos integrantes se espera que confronten de forma empática al individuo en el contexto de un ambiente contenedor y aceptante, los miembros pueden experimentar poderosos afectos que son auténticos al exponer sus selves (plural del self) heridos y recibir el apoyo de los demás. Además de que los mismos integrantes son aliados en la labor psicoterapéutica, ya que conocen el conflicto del compañero desde su propio interior. Esta liga entre los miembros les aporta el apoyo que permite auto descubrirse y tolerar la ansiedad que genera enfrentarse con las defensas mal adaptativas. A través de las confrontaciones de sus pares aprenden la forma en que los perciben los otros y la manera en la que están distorsionadas su auto percepción y autoimagen (Alonso y Swiller 2004).

En el grupo, muchas de las situaciones internas se viven como externas, debido al uso de mecanismos proyectivos. Esto facilita el acceso, reconocimiento, comprensión intelectual y emocional (insight) de los procesos internos hasta entonces desconocidos, por represión y negación de los integrantes. El psicoterapeuta actúa como una pantalla de doble proyección, que posibilita una adecuada visión del "afuera", situación que permite corregir y reintegrar el mundo interno. A medida que surgen dentro del grupo las partes escindidas e inconscientes del self, el paciente empieza a verlas primero, como reflejo de los otros. Al final, el individuo termina por aceptarlas, que pueden enfrentarse y resolverse (Grinberg, Langer y Rodríguez, 1961).

Slavson (1976) menciona que la catarsis facilitaba sistemáticamente, e interpretaba los sueños y la transferencia como medios para obtener insight, encontró que la atmósfera grupal permisiva facilita la descarga de agresividad y mitiga los sentimientos de culpa.

Portillo (2000), menciona que la psicología del self contempla lo que ocurre en los grupos como función de la dinámica existente entre los selves y sus objetos/sí mismo.

Los otros sirven como objetos especulares o idealizados potenciales. Su variedad en los grupos estimula y favorece la re-actuación donde la frustración generada en esta exploración profunda de sentimientos, permite a los integrantes del grupo psicoterapéutico entender la conducta habitual que utilizan para satisfacer las necesidades de objeto/sí mismo a través de los otros.

El self grupal implica algo más que la mera suma de los selves individuales. En el grupo, el self individual relaja sus límites horizontalmente (por identificación con los pares, con lo que cede parte de su propia individualidad) y en sentido vertical (por la

fusión con el objeto del self. Esto da cuenta de los sentimientos profundos y de euforia frecuentes en los grupos psicoterapéuticos, y de las reacciones compartidas que los miembros experimentan (Portillo, 2000).

Portillo (2000) nos menciona que en el grupo, los pacientes con un falso self y los esquizoides hablan al principio de los problemas de los otros pacientes más que de los propios. Realizan agudos señalamientos mecánicos sobre sí mismos o los demás; maniobra defensiva que desvía la atención sobre sí y les impide dar salida a sus ansiedades infantiles.

El insight es un conocimiento que permite tener una visión nueva y distinta de nosotros mismos. Cuando Freud habla de la necesidad de convocar el afecto acompañado del recuerdo, se refiere a facilitar los objetivos que promueven el conocimiento de los conflictos, mediante un esfuerzo deliberado que conduzca al paciente a lograr un reajuste, una modificación de sus metas y un estilo de vida que satisfaga sus necesidades, permitiendo descubrir y desarrollar sus potencialidades.

El grupo entonces debe ser este facilitador donde ayude al paciente a utilizar sus recursos para obtener mayores satisfacciones en sus relaciones interpersonales y en su vida social, brindando en el espacio psicoterapéutico explicaciones e interpretaciones adecuadas de la conducta de cada integrante del grupo e indicándole cuáles son sus hábitos que pueden estar generándole conflictos.

En el ejemplo siguiente el grupo realizó una serie de intervenciones dirigidas a la integrante Mimí, las cuales consisten en señalar la relación simbiótica patológica con su padre y el drama familiar en el que se encontraba inmersa, además de que ya estaba tan normalizado, que no se percataba de toda esta dinámica:

Mimí: *“...me doy cuenta de situaciones con mi papá, que no solo me perjudican a mí, sino que a mi papá también, ya que tiende a culparnos de las cosas que le pasan y al expresarlo me percaté de que caemos en su juego. Tal como dicen mis compañeras, debemos de aprender a expresar las cosas que nos pasan.” “...me di cuenta de que también ellos me controlan, me manipulan, principalmente mi papá no puedo llegar 15 minutos tarde porque ya me están llamando que donde estoy...”*

Algunas de las pacientes expresaron aspectos que no se atrevían a enfrentar, estaban ocultos en su inconsciente, y ya eran vistos como normales, como en el ejemplo anterior.

Walter y Stone (1995) mencionan que la psicoterapia grupal exitosa requiere una comprensión compleja de los procesos dinámicos sociales, de grupo e individuales. En la mayor parte de los casos, las metas del tratamiento son de apoyo y las estrategias de exploración, tienen como fin ayudar a los pacientes a que obtengan insight de sus impulsos inconscientes.

En el ejemplo siguiente se observa como los mismos integrantes promueven y alientan la abreacción, la confianza y la empatía además de ayudar al objetivo y las metas del tratamiento psicoterapéutico, como se describe a continuación:

Arelly: *“...tuve la necesidad de abrirme, todas se abrieron y expresaron por lo que estaba pasando, me resistía, pero después de algunas sesiones me sentí comprometida también de compartirles y me sentí más en confianza, no me gusta sentirme vulnerable...”*

Pero por otro lado el grupo, puede generar miedos, incertidumbre, puede ser intimidante y crear un sin número de fantasías, generando desconfianza en el paciente,

y es completamente comprensible, tal es el caso de la siguiente paciente, mencionó que algunas cosas no se atrevió a expresar, además de que en algunas sesiones se mostraba con cierto hermetismo, más en sesiones que tenían que ver con la expresión de los sentimientos. Ella mencionó lo siguiente:

Esther: "...quizá en mi caso, necesito terapia individual, ya que había cosas que no me atreví a decir, y no es lo mismo en un grupo"

En la última sesión, los integrantes al parecer cayeron en cuenta de que deben auto cuidarse y de la importancia de externar su sentir, además de que es necesario actuar ante las situaciones que les generen un malestar psicológico, al exponer las situaciones se percataron de que no han tenido el valor de hacerlo, por miedo al rechazo y represalias de la familia. Además que dentro del grupo se planteó la idea de que pueden hacer las cosas de forma diferente y expresar de manera adecuada sus sentimientos con los demás miembros de su familia, expondré ejemplos discursivos:

Susi: "...debemos expresarnos más y a decir las cosas que nos molestan o no estamos de acuerdo, por ejemplo con nuestros familiares.

Esther: "me ayudó a desahogar aspectos que no me atrevo a expresar en casa, con la familia, para no generar conflictos..."

En una instancia grupal Fried (1985) consideró que el insight de los miembros del grupo era el resultado de este encuentro con otros y no sólo de la interpretación por sí sola. Así, la modalidad de grupo proporciona un terreno común para que crezcan los patrones caracterológicos, el medio en el que puede apreciarse la naturaleza autoderrotante, autodestructiva o ineficiente de estos patrones, la seguridad y contención para el reconocimiento de estos patrones y de su costo y el encuentro crea una situación

de espejo donde un problema se identifica con otro y cuando uno habla de enfrenar la situación, puede motivar el cambio en el (los) otro(s).

Bellak (2000), por su parte menciona que cuando el paciente es capaz de aplicar, a las situaciones de su vida, el insight que adquirió, se considera que está aplicando los insight aprendidos en una situación o a una variedad de otras situaciones: un insight en relación con una situación infantil y de nuevo en la situación actual de trabajo a la que denominó translaborar el problema.

Si el tratamiento se dirige dentro de un sistema psicodinámico, en última instancia, a través de la mejoría en las relaciones interpersonales y del aumento en la solución de problemas, los pacientes lograrán estructuras psicológicas internas más flexibles y estables. Éstas no se logran a través de la adquisición de insight, sino dentro de un ambiente de apoyo, a través de la adquisición de estrategias adaptativas y del desarrollo de auto comprensión de las interacciones actuales. (Walter, Stone 1995).

Pichón Rivière (1985) propone que en el grupo se deben alcanzar objetivos como la pertenencia, pertinencia, la cooperación, el aprendizaje y alentar una buena comunicación positiva entre todos los miembros del grupo, con los que se puede evaluar la producción del mismo.

En resumen y dicho lo anterior se considera que la liberación de la sintomatología a través del discurso y del insight sólo podrá ser alcanzada cuando el sentido de la expresión, del comportamiento, etc., sea vívido, esto es, cuando el síntoma se despoje de su carácter opaco, casual y ajeno, cuando se integre en la problemática que esta oculta en la sintomatología, en la historia de la personalización, sólo entonces podrá el

paciente dejar atrás sus síntomas a través del hallazgo del sentido, de la clarificación trascendente (Caruso, 1966).

7.13 Intervenciones verbales del psicoterapeuta y el coterapeuta.

Realizar intervenciones adecuadas que adquieran un valor de interpretación o de juicio de realidad, induce a que los demás pacientes, por resonancia, invita a implicarse en el trabajo grupal a través de identificaciones parciales con su conducta. El objetivo de las intervenciones de la pareja psicoterapéutica, es incrementar el efecto de contagio, a través de intervenciones centradas en el grupo, y puede que se intensifique la utilidad terapéutica de la regresión, (Portillo, 2000). Las intervenciones de la pareja psicoterapéutica fueron dirigidas a complementar la información, los huecos en el discurso, así como las clarificaciones de los pacientes del grupo psicoterapéutico.

En las primeras sesiones del grupo, las intervenciones de los psicoterapeutas se sugiere que sean claras y breves. Que se exponga ante el grupo que todos aporten, y si surge un silencio, individual o grupal, el terapeuta debe observar los indicios pre-verbales que lo acompañan. Por ejemplo, qué tema lo produjo, quiénes están silenciosos, cambios en la distribución de los miembros con respecto a sesiones previas y características del silencio.

Dentro del grupo psicoterapéutico, esto se daba en principalmente en las primeras sesiones, los integrantes estaban en silencio y muchas veces bostezando, con la cabeza viendo a piso, moviendo las piernas de forma constante, tronándose los dedos de las manos, algunos se notaban pensativos, etc., todas estas formas de lenguaje no verbal denotaban algo, las cuales pudieron ser señaladas por la pareja psicoterapéutica. Por

ejemplo a alguna integrante que se notara pensativa el terapeuta o la coterapeuta realizaban la intervención: “¿te noto pensativa, en que estás pensando?”

El dúo psicoterapéutico se encarga de pedir la opinión sobre lo que se discute; pregunta si han tenido experiencias similares a las de otros miembros del grupo, que sentimientos les despiertan lo que hacen o dicen sus compañeros. Si los psicoterapeutas pueden formular alguna hipótesis sobre las causas posibles del silencio, lo puede comunicar a través de una interpretación (Anzieu, Bejarano, Kaës, Missenard y Pontalis, 1978).

Por ejemplo dentro del grupo, algunas de las experiencias en común eran: el coraje, el enojo, la preocupación, molestia física y psicológica, resentimiento y miedos. Esto puede llevar a los demás integrantes a comprender al otro desde su propia experiencia, llevar a las pacientes a un estado de empatía y poder realizar intervenciones desde su sentir, desde sus vivencias ayudándose a complementar su discurso, abonando y fomentando aún más el autoconocimiento de las pacientes.

En este sentido, se espera que los demás pacientes observen la situación terapéutica y ayuden al grupo con sus intervenciones a los demás integrantes del grupo. (Grinberg, L., M. Langer y E. Rodrigué, 1961), habitualmente las intervenciones de los integrantes o las de los psicoterapeutas han de estimular las respuestas de otros miembros, con sus reacciones afectivas dominantes, lo que a su vez incrementa la elaboración del tema grupal.

No siempre emerge un tema grupal en una sola sesión, de manera que no puede hacerse la interpretación centrada en el grupo. Puede existir la posibilidad de que no esté funcionando la hipótesis centrada en el grupo y que el terapeuta tenga, por tanto, que

operar sobre bases más individuales. El dúo psicoterapéutico se mueve entre el contenido individual, la interacción grupal, las transferencias al grupo como un todo y la tensión grupal común (Horwitz, 1993).

Dentro del grupo psicoterapéutico de esta investigación/intervención, algunos señalamientos iban dirigidos a profundizar en los sentimientos, es decir guiándolos para profundizar en sus sentimientos sin evadirlos, derribando sutilmente las defensas y sin dejar que su discurso de los integrantes sea evasivo y esté centrado en el tema principal de la sesión, incentivando al grupo a realizar intervenciones pertinentes al tema en turno, guiados por la pareja psicoterapéutica.

Por ejemplo en las vivencias en común dentro del grupo psicoterapéutico, donde existían las situaciones transferenciales y contratransferenciales, la pareja psicoterapéutica pudo intervenir y promover la expresión de estas situaciones, observando el lenguaje no verbal de cada una de las integrantes, interviniendo e interpretando de forma oportuna estos lenguajes, promoviendo la libre expresión del malestar psicológico del tema en turno o el discurso de algún integrante les provocaba a cierto integrante.

Solo así podrá existir una toma de consciencia, lográndose también por la intervención interpretativa no solo del terapeuta o el coterapeuta sino también del mismo grupo, dentro de la situación transferencial. De no mediar ésta, el "espejo" se encuentra "empañado" o los pacientes ignoran su existencia, no reconocen ni admiten lo que sucede al otro, como algo propio o similar; se limitan a juzgarlo en el "otro". Horwitz, K. (1993)

O'Donnell, P. (1974), por su parte llama intervención "elucidativa" a aquella cuya finalidad es "echar luz" sobre aspectos que no se relacionan esencialmente con el psiquismo individual, sino con elementos del contexto societario, ocultos tras apariencias, por una "falsa consciencia." Intenta hacer consciente lo inconsciente del deseo del sistema social, para hacer emerger el contenido latente sometedor que existe en el discurso manifiesto de la ideología.

Por su lado, Anzieu (1986) establece que la interpretación es la función principal del monitor, entendiéndose que un silencio, un gesto, una frase, aparentemente trivial, pueden ser una forma de interpretación o una vía hacia ésta. La interpretación comunica la confianza en la inteligibilidad del inconsciente y en la capacidad de llegar a comprenderlo. Interpretar no sólo es comprobar, sino explicar en la transferencia.

Las intervenciones de la pareja psicoterapéutica, se sugiere que deban de promover la continuidad, el curso de los aportes de los mismos integrantes, además de promover la catarsis, por lo que la participación de la pareja psicoterapéutica debe de limitarse y participar lo menos posible para que la asociación libre fluya sin impedimentos.

Además de que toda intervención que se realizó fue de forma breve, y el terapeuta (sin importar la experiencia del co-terapeuta) debe ser experimentado y con suficientes recursos técnicos, así como intervenir activamente, esto último puede provocar equívocos contratransferenciales y contra actuaciones; riesgos que hay que asumir y aprender a manejar para no quedar paralizado por ellos (Campuzano, 1984).

Portillo (2000), sugiere que la fijación de roles es un fenómeno resistencial que requiere de la intervención del terapeuta, dado que el rol es el punto de encuentro entre

una personalidad, las expectativas y necesidades del grupo, ninguno de los miembros puede ejercer la función de observador e intérprete más o menos objetivo. Por lo que la reacción más común es evitar hablar del rol que ocupa sesión tras sesión el compañero.

En ocasiones según Portillo (2000) ejemplifica que en el grupo puede atacar y culpabilizar de la parálisis grupal un miembro que ha quedado fijado en un rol determinado o justifica su actitud para reforzarla, por ejemplo: "tú siempre nos animas"; "qué bien que hablaste tanto, porque nos haces la tarea".

Este caso de morosidad era evidente dentro del grupo, ya que siempre era Mimí la emergente, y el grupo esperaba a que ella llegara a integrarse al grupo o hablara primero para que el grupo comenzara a trabajar, esto también fue motivo de abordaje por parte de la pareja psicoterapéutica, e forma breve, y retomado y seguido por las demás pacientes de grupo.

Las intervenciones del terapeuta y coterapeuta, tal como lo menciona Portillo, (2000) deben tender a lograr que continúe el curso de los aportes de los pacientes, si son fructíferos o prometen serlo, se debe ayudar a facilitar la catarsis del grupo, por lo que la pareja psicoterapéutica debe participar lo menos posible, y dejar que la asociación libre fluya sin obstáculos.

7.14 Cierre y devolución dentro del grupo psicoterapéutico.

La terminación o cierre es un momento crucial en un proceso psicoterapéutico, dado que se erige como un período cargado de connotaciones clínicas y emocionales que no solo afectan al paciente sino también a los coterapeutas; igualmente, de la terminación dependerá en gran medida la forma como sea recordado dicho proceso (Craig, 2006).

En el grupo psicoterapéutico de esta investigación/intervención, lo que se realizó en el cierre, fue brindar un breve resumen de lo más significativo dentro del grupo, una retroalimentación donde cada una de las pacientes contribuyeron y mencionaron lo que descubrieron sobre su problemática principal y los temas que más las hizo pensar y reflexionar.

Por ejemplo:

“Somos egoístas con nosotros mismos, y también que no pensamos en nosotros”.

(Pekarik, y Sledge, Roe, 2007). Por ende, un espacio para poder tramitar estos sentimientos resulta fundamental, de manera que no interfieran con el proceso de cierre de cada paciente, incluso sugerir un proceso individual, lo cual si se percataron de la necesidad de seguir con su proceso tal y como lo mencionó Esther en el cierre de grupo, y este comentario resonó en las demás integrantes apoyando la idea de la importancia de seguir en un proceso individual:

“Importancia de seguir con un proceso individual”

Entonces, el final del tratamiento se sugiere que sea un espacio para poder tramitar estos sentimientos resulta fundamental, de manera que no interfieran con el proceso de cierre de cada paciente.

Bostic, Shadid y Blotcky (1996) sugieren que algunos psicoterapeutas, en especial con los de mayor experiencia, en el cierre del grupo psicoterapéutico, se aborden con mayor confianza y familiaridad los temas que fueron o tuvieron mayor relevancia, esto, con el objetivo de orientar con mayor éxito a los integrantes del grupo.

En el terapeuta también puede aparecer un deseo por acelerar la terapia o por atender las cuestiones no tratadas previamente cuando se acerca la terminación, o por el contrario abandonar temas que puedan ser dolorosos o penosos para los pacientes.

En otros casos también es posible que frente a los pacientes “difíciles” puedan aparecer sentimientos de alivio después del anuncio de la terminación. De acuerdo a lo anterior, el espacio de supervisión en este proceso de terminación adquiere una gran importancia, pues es este espacio el que permite que las reacciones contratransferenciales puedan ser analizadas y así evitar que llegasen a interferir con la adecuada finalización del tratamiento (Vélez y Restrepo, 2008).

En la recta final de la psicoterapia grupal también puede que aparezcan sensaciones de rechazo por parte del terapeuta o que éste los está dejando por algo mejor. En consecuencia, esto puede suscitar ansiedad, ira, depresión, sensación de desamparo o abandono (Vélez y Restrepo, 2008), es por eso que también en la última sesión se dejó que el grupo trabajara casi sin la intervención de la pareja psicoterapéutica, más que para realizar ciertas clarificaciones y se dejó que los mismos pacientes realicen sus reflexiones finales.

Esto puede conducir a la activación de defensas, a menudo primitivas, que fueron utilizadas para las separaciones anteriores. En este sentido, la terapia puede ofrecer la oportunidad de trabajar a partir de esta experiencia, en fortalecer el yo del paciente y promover la sustitución de las defensas primitivas por respuestas de mayor adaptación (Vélez y Restrepo, 2008). En este caso, los pacientes se percataron de la importancia del procurarse a sí mismos, un adecuado autocuidado y el valor de tenerse a sí mismos.

La psicoterapia de grupo, como vehículo para brindar ayuda a los pacientes, pretende la resolución de la conflictiva del individuo, su desarrollo interior en el aspecto individual y como consecuencia el incremento de sus recursos para que pueda adaptarse de una manera más sana en la sociedad en la que vive y mejorar sus relaciones interpersonales.

8. Discusión:

La iniciación del tratamiento, representa un momento psicológico de gran relevancia para el grupo, se reactivan las angustias en cada individuo. Además se colocan los cimientos de una entidad colectiva, la cual en ese momento se centra casi exclusivamente en el psicoterapeuta, esperando nuestra orientación (Grinberg, Langer y Rodrigué, 1961).

Mackenzie (1990) conjeturó que los grupos breves aún están en proceso de desarrollar una atmósfera cohesiva no amenazante, por tanto no hay riesgo de profundizar y enfrentar verdaderamente las causas psicológicas del síntoma, mientras que los grupos a mayor plazo valoran el aprendizaje interpersonal y la introspección, característicos de las fases de trabajo del grupo.

Dentro del grupo psicoterapéutico se pudo observar algo similar a lo que menciona Mackenzie (1990), ya que se profundizaron algunos aspectos en común dentro del grupo, creando una atmósfera de comprensión y empatía sin que se sintieran amenazadas, logrando una mayor cohesión entre los miembros del grupo y dentro de su ambiente laboral.

Estas conclusiones son semejantes a aquellas de Yalom (1986), quién postuló que el grupo principiante se preocupa predominantemente por la supervivencia, establecimiento de límites y mantenimiento de la membresía.

Además de que las ideas religiosas inculcadas por la familia nuclear, juegan un papel sumamente importante para la justificación del cuidado de los enfermos, a pesar de que las cuidadoras hayan tenido experiencias nada gratas en su infancia, sufriendo

abandono, descuido e irresponsabilidad por parte del padre y la pasividad de la madre cuando el padre violentaba a las hijas.

Debido a que gran parte de esta investigación se llevó a cabo con un tratamiento breve y focalizado, no es claro si se le asignaría mayor valor al insight, tradicional dentro de los grupos a plazo más largo.

Según Bejarano (1978) en el grupo se genera angustia al no poder expresar los malestares en su totalidad frente al grupo; al tener que exponer aspectos de la vida que se ocultan por temor a la crítica, temas como: la sexualidad, agresión, envidia, rivalidad, posesividad. Y también puede existir desconfianza con respecto al cambio. El intento de evitar estas angustias actuales reactiva mecanismos de desplazamiento y proyección hacia lo conocido, la infancia, el allá y entonces.

Tal y como lo menciona Foulkes (1978), nuestra tarea como psicoterapeutas, consiste, desde un principio, en interpretar las manifestaciones de angustia a medida que se vaya comprendiendo su naturaleza.

En la terminación del tratamiento Foulkes y Slavson, concuerdan que el individuo ha experimentado la mejoría de su autoimagen a través de la redistribución de la libido, el fortalecimiento del yo y la disminución en la severidad del superyó (Foulkes, 1949 y Slavson, 1976).

Esto fue notorio dentro del grupo, ya que al principio estaban a la expectativa de lo que pasaría, se les notaba la vergüenza, la angustia y la desconfianza en la mayoría de las integrantes, no hablaron de aspectos muy personales hasta después de la tercera sesión en la cual se abordó el tema sobre el descuido de sí mismo, donde el mismo grupo alentaba a las demás a hablar, comenzaron a expresar su ambivalencia hacia los

enfermos, los sentimientos hacia sus parejas, hijos, su trabajo, etc., el ambiente psicoterapéutico fomentó empatía, confianza y un sentido de pertenencia y homogeneidad, estos fenómenos fueron más notorios después de la cuarta sesión.

Pero conforme el grupo fue avanzando en su proceso psicoterapéutico los mismos integrantes fueron proporcionando seguridad y confianza, que sirvió como refugio para todo el grupo, incluyendo a la pareja psicoterapéutica. Incluso fue notorio la disminución de la resistencia, ya que según Portillo (2000) se debe a que las exigencias del superyó se reducen por efecto de la universalización, y el apoyo mutuo, la identificación y la aprobación del grupo homogéneo generó un ambiente que propició la empatía y la comprensión de los integrantes.

De acuerdo con Slavson (1976) menciona que la psicoterapia grupal eficaz implica la selección correcta, el debido agrupamiento y la selección de pacientes para establecer diagnósticos de cada uno y determinar en qué medida se adapta cada uno de los integrantes. Esto fue una parte fundamental para el éxito de esta investigación/intervención, ya que fue una selección homogénea y con características específicas para cada uno de los integrantes.

El terapeuta no se encuentra solo en toda esta labor, ya que la propia interacción de los mismos integrantes incluye interrogatorios, cuestionamientos y clarificaciones formando aliados poderosos y efectivos en el reconocimiento y atenuación de las resistencias que se generan en el grupo (Portillo, 2000). Esto ayuda a los integrantes a percatarse de la proyección de sus figuras internalizadas sobre los compañeros y el terapeuta, donde por medio de la identificación entre los integrantes pueden encontrar

nuevas formas de cómo enfrentar, lidiar y utilizar en forma eficaz la resistencia individual y grupal para incrementar el autoconocimiento.

Esto fue notorio dentro del grupo, ya que después de la tercera sesión las mismas integrantes eran las que realizaban las intervenciones, la pareja psicoterapéutica en ocasiones solo abría la sesión, realizaba una pequeña pauta, intervenía o interpretaba de manera breve y el mismo grupo comenzaba a trabajar, incluso aprendió a interpretar ciertas acciones de los mismos integrantes, eso era enriquecedor, ya que la homogenización de los problemas también ayudaba a entenderse a sí mismo a través del otro, generando el autoconocimiento.

Las enfermeras son las profesionales de la salud que proponen más estudios de intervención o de soporte a los cuidadores primarios y secundarios ya que tienen un papel importante, necesario para sus familiares dependientes al igual que para su propia familia (esposo, hijos), y no menos importante, el cuidado a sí mismos.

Hacerse responsable del cuidado de un familiar enfermo puede implicar para el cuidador, el descuido de su propia salud, aislamiento, disminución de sus actividades personales y recreativas, actividades familiares y sociales, y si esta responsabilidad va en aumento pueden existir repercusiones negativas tanto en lo personal, familiar, incluso económicas, y pueden existir síntomas tales como, angustia, enojo, culpa, preocupación excesiva, molestia, miedos, cansancio, estrés.

No hay nada permanente ni consolidado en esta investigación/intervención. La psicoterapia de grupo en un ambiente tan limitado en recursos y en espacios como es el C.S. y, en tiene que ser resguardada frente a la prisa y actividad tan ajetreada por parte del personal de salud, la urgencia de las consultas, lo espacios reducidos y poco o nada

privados, el poco personal encargado para suplir a los integrantes del grupo, etc. Los espacios grupales no deberían convertirse en una situación aislada, externa en el sistema de la Unidad de Salud, sino integradas dentro de su actividad y sus valores. Sólo así los integrantes que requieran y necesiten ayuda psicoterapéutica, (que en nuestro país son muy pocos y contados los Centros de Salud y los hospitalarios, tanto privada como pública, no existe el apoyo psicológico para su personal) podrán seguir recibiendo los beneficios de la psicoterapia de grupo.

La psicoterapia de grupo en el Centro de Salud con todas sus dificultades, representó un instrumento terapéutico que facilitó la reducción de angustia de los integrantes, la recepción y emisión de apoyo social, la toma de conciencia sobre su realidad y sus malestares psicológicos, su integración en la dinámica de la unidad y el manejo de conflictos y tensiones, así como el aumento de las posibilidades de su transición a la comunidad y la continuidad en recursos asistenciales terapéuticos.

9. Conclusiones:

Finalmente, esta experiencia de investigación e intervención grupal sobre un tema específico como el de los cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas, nos ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

Los objetivos fueron cumplidos, existieron algunos inconvenientes, como por ejemplo las entrevistas con el director del Centro de Salud del municipio de Tepoztlán, la conformación del grupo, el lugar para realizar la investigación/intervención, además de la inesperada pandemia por la COVID-19, que retrasó varias semanas la intervención.

En primer lugar, queremos destacar que la psicoterapia de grupo resultó ser beneficiosa para los familiares de enfermos crónicos, se brindó un espacio adecuado, donde pudieron expresar sus experiencias vividas como cuidador, el descubrir sus propias necesidades, la necesidad de un adecuado autocuidado. El promover un intercambio de experiencias con otros pacientes, ayudó a los integrantes a sentirse acompañados, a disminuir su estrés, expresar sus sentimientos ambivalentes hacia el familiar enfermo, ya que el grupo moderó los estados de ansiedad, y en general, mejoró la sensación de bienestar psicológico, al sentirse acompañados y comprendidos ya que era un grupo homogéneo, se creó un ambiente donde existió un apoyo social mutuo.

Se creó un espacio de escucha, de apoyo emocional, de acompañamiento, apoyo social, fue un espacio de esparcimiento para los cuidadores.

Dicho lo anterior se corrobora el supuesto donde efectivamente la psicoterapia grupal ayudó de forma significativa a los integrantes del grupo psicoterapéutico, ya que a decir del grupo, disminuyeron de forma significativa los problemas psicológicos,

psicosomáticos, de estrés, de angustia, entre otros, derivados del cuidado de sus familiares enfermos.

Con respecto a las vivencias psicológicas, permitió observar que la carga física y psicológica muchas veces no es percibida como tal, y se percibe más como una obligación, algo que el rol femenino tiene que hacer.

En tercer lugar, se pudo observar, que las estrategias de los servicios de salud no son las más adecuadas, ya que la atención siempre se dirige hacia el enfermo y no al cuidador (es), se sugiere crear espacios donde cuidadores primarios y los profesionales de la salud que muchas veces también son cuidadores primarios, puedan ser atendidos de forma adecuada ya que muchos de estos, presentan sobre carga tanto familiar, personal y laboral.

Se necesitan espacios donde puedan ser escuchados, comprendidos, sin ser juzgados, crear un ambiente adecuado para poder expresar y descargar de forma libre sus malestares, físicos y psicológicos.

Por último, se pudo corroborar lo mencionado anteriormente en la literatura, acerca de que son las mujeres quienes ocupan la mayor cantidad del tiempo al cuidado de los enfermos. Además de que existe sobre carga del cuidador ya que tienen que estar al pendiente de la familia.

Al final se lograron con éxito los objetivos de esta investigación/intervención, que fue el de brindar psicoterapia de grupo a familiares de pacientes y cuidadores primarios con enfermedades crónicas degenerativas en una institución pública, se generó un espacio psicoterapéutico donde los integrantes expresaron su sentir, se crearon lazos entre las trabajadoras de salud

ya que mencionan que muchas veces están dentro del mismo centro de salud y ni siquiera se saludaban, ayudó a crear empatía entre ellas, ya que la homogenización del grupo facilitó y ayudó a sentirse comprendidas y aceptadas, disminuyendo la carga psicológica, como la ansiedad, desmotivación, aislamiento, expresaron su enfado, además de permitir y comprender por qué se producen algunas situaciones individuales y familiares y algunas vías para resolverlo.

El grupo psicoterapéutico ofreció a cada uno de los integrantes beneficios, tales como: un marco de sostén y acompañamiento importante, además de comprender algunas problemáticas personales, el sentirse escuchados y comprendidos

Por tanto y dicho lo anterior se comprueba que la psicoterapia de grupo aportó beneficios psicológicos tales como la disminución de la ansiedad, miedo, estrés, desgaste emocional, representó además un espacio para liberar tensiones acumuladas, la creación de este grupo homogéneo abonó incluso la creación de estrategias para sobrellevar la carga física y psicológica del familiar enfermo

Es importante reconocer que hicieron falta más sesiones para profundizar y discutir problemas que es necesario sigan expresando, como los sentimientos ambivalentes, y fortalecer su yo, ya que existe en ellas un yo debilitado.

Se recomienda realizar planes, investigaciones e intervenciones en este tipo de población desde la psicología clínica y social, así mismo la inclusión a grupos psicoterapéuticos al personal de salud como enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadoras sociales, en las Instituciones de Salud.

Es importante desarrollar políticas de salud pública para el cuidado y la atención a las y los cuidadores, vigilando sus entornos más próximos, y brindándoles el apoyo digno y adecuado.

Antes de poner el punto final, es importante externar algunas recomendaciones para quienes quieran seguir adentrándose en este tema: se sugiere que en un futuro se realice un mayor número de sesiones, para profundizar en aspectos intrapsíquicos del grupo.

Debido a que se presentaron niveles de ansiedad moderada y sobre carga se recomienda implementar, grupos psicoterapéuticos, grupos de reflexión, grupos focalizados, talleres, pláticas, grupos de recreación, es decir actividades sociales con espacios para la empatía y el reconocimiento, ya que como se pudo observar, la interacción y la catarsis, fueron vías de descarga para expresar y disminuir sus ansiedades, miedos, tensiones y malestares psicológicos. Aunque bien sabemos que la catarsis es apenas la puerta de entrada para elaborar y superar los conflictos que generan las relaciones interpersonales e intersubjetivas en los diferentes espacios grupales e institucionales.

Por lo que como anteriormente ya se había mencionado, es de suma importancia que se realicen programas de prevención en donde aparte de trabajar con el enfermo, se debe de trabajar con el cuidador primario, debido a que esto no sólo es un situación de la familia que lo vive, sino de la sociedad en la que vive, se debe de realizar un trabajo multidisciplinario en donde retomen la parte médica y psicológica.

A causa de la pandemia por la covid-19, esta investigación se retrasó, además de que las sesiones se redujeron, de 15 que se tenían planeadas, se

realizaron sólo 9 sesiones. A pesar de este contratiempo, la intervención se realizó con éxito.

Referencias

- Adely, O., Smith, O. y Robles, S. (2007). *Las políticas públicas y los retos de las enfermedades crónicas no transmisibles*. Bogotá, Colombia: Banco Mundial.
- Adler. A. (1959). El carácter neurótico. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Aguilar., C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50(5), 419-427. Recuperado en 30 de septiembre de 2019, de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=es&tlng=es.
- Aguiñada, M., Coronado, R., Sánchez, M., (2017) Diagnóstico de la sobrecarga emocional en el cuidador primario de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas recibiendo cuidados paliativos, ingresados en el hospital divina providencia durante el año 2017. (Licenciatura, no publicada) Universidad de el Salvador. El Salvador.
- Alonso, A., y Swiller, H. (1993). Introducción, defensa de la terapia de grupo. En A. Alonso y H. Swiller (comps.), *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*, (pp.15-19). México D.F. México: El Manual Moderno.
- Alonso, A., y Swiller., J. (2004). Fuentes de estrés, síndrome de burnout y actitudes disfuncionales en recuperado de: <http://www.psicopedagogia-aragon.org/Sindrome%20de%20Burnout%20en%20Orientadores.pdf>
- Alvarado, D. (2019). Diabetes; enfermedad crónico degenerativa. Periódico el Heraldo León, recuperado de: <https://www.heraldoleon.mx/diabetes-enfermedad-cronico-degenerativa/>
- Álvarez, J. (2017). Estadios evolutivos de la vivencia de las enfermedades crónicas degenerativas en los pacientes y sus cuidadores primarios. En Zapata, J. (Coord.), *Tendencias de la psicología actual* (pp. 117-148). México DF, México: Fontamara.
- American Psychiatric Association (APA). (2018). *Estudio de casos. DSM-IV*. Barcelona, España: Masson.
- Anderson, A., Macyntire, S., West, P. (1994). Dietary patterns among adolescents in the west of Scotland. *British Journal of Nutrition.*; 71 (1), 111-122.

- Andrade, J. (2011). La intervención grupal: una lectura de los conceptos de enrique Pichón Rivière: artículo de reflexión investigativa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14(3), 198-200.
- Anzieu, D. (1965). Citado en la dinámica de los pequeños grupos. Didier Anzieu y Jaques Yves. Buenos aires, Argentina: Kapelusz.
- Anzieu, D. Bejarano, A. Kaës, Missenard., A. y Pontalis, J. (1978). *El trabajo psicoanalítico en los grupos*. México D. F. México: Siglo XXI Editores.
- Anzieu, D., (1986). *El grupo y el inconsciente, lo imaginario grupal*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, D. & Yves, J. (1997). *La dinámica de los grupos pequeños*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Araújo, A. M. (2013). El sujeto en el tiempo: vértigo e incertidumbre en la sociedad hipermoderna actual. Recuperado de: <http://Sociologíaalas.org/acta/2015/6T17/La%vertiginosidad%20del%tiempo%trabajo%trabajo%20%hiper> Facultad de Psicología. Universidad de la República - Uruguay
- Aristóteles., (2007). *La Política*, México DF, México: Gredos.
- Aroian, K., Prater, M., (1988). Transition Entry Groups: Easing New Patients' Adjustment to Psychiatric Hospitalization, *Hosp. Community Psychiatr*, 39 (3), 312-313.
- Arroyo P. (2008). La alimentación en la evolución del hombre: su relación con el riesgo de enfermedades crónico degenerativas. *Boletín Médico Hospital Infantil de México*. 65 (6), 431-440.
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. (2 de Junio de 2014) Las enfermedades crónico-degenerativas, principales causas de

mortalidad en México. Recuperado el 01 de octubre de 2019 de <http://www.anuies.mx/noticias/las-enfermedades-cronico-degenerativas-principales-causas-de>

Astudillo., W. y Mendinueta., C. (1992). Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Recuperado de: https://www.infogerontologia.com/documents/burnout/pac_cronico_y_cuidadores.pdf

Astudillo, W., Mendinueta, A., Díaz, B. y Astudillo, L. (s.f). El apoyo al cuidador del enfermo oncológico. Recuperado de:<http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/aspectospsicosociales/cuidadores/20-EL-APOYO-AL-CUIDADOR-DEL-ENFERMOONCOLOGICO-Astudillo.pdf>

Azuara, M. (2000). El yo y el nosotros, los fenómenos grupales en el grupo de psicodrama. México, México DF: ITACA.

Bach. G.R., (1957), Observaciones sobre la transferencia y las relaciones de objeto desde el punto de vista de la dinámica de grupo. En Kissen. M., (1979). Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo. México D.F., México: Limusa.

Baker., M. y Baker., H. (1993), "Contribuciones de la psicología del sí mismo a la teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", en A. Alonso y H.I. Swiller (comps.), *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*, México, El Manual Moderno, 1995, cap. m, pp. 47-66).

Barba., J. (2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. 65(1), 4-17.

- Barrera, A., Rodríguez, A., Molina, M., (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista médica del instituto Mexicano del seguro social*. 51(3), 292-99.
- Barreto, M., Ferrero, J. y Toledo, M. (1993). La intervención psicológica en pacientes de cáncer. *Clínica y Salud*, 4 (3), 252-262.
- Bejarano, A. (1978). Resistencia y transferencia en los grupos. En D, Anzieu., A, Bejarano., R, Kaës., A, Missenard., y J.B. Pontalis, *El trabajo psico-analítico en los grupos*, (119-123) México, México D.F: Siglo XXI Editores.
- Bellak., L. (2000). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México D.F. México: manual moderno.
- Bello L., Maribel, León, G., y Covená, M. (2019). Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. *SciELO*. 11(5), 385-395.
- Bello., J. (2014). *Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas*. Instituto mexicano del seguro social delegación Veracruz norte. Xalapa, Veracruz.
- Belloso, J., Díaz M., y López T. (2015). Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (128), 759-760.
- Benítez., J. (2010). Protocolo de registro escrito de sesiones de psicoterapia individual. *Apuntes de psicología*, 28(1), 65-82.
- Bestard., J. y Cutiño., M. (2019). Psicoterapia de grupo para tratar pacientes con esquizofrenia hospitalizados en servicios de salud pública. *MEDISAN*, 23(1), 165-175. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000100165&lng=pt&tlng=es.
- Bion, W. (1957). Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities. *International Journal of Psycho-Analysis*. 38 (s/n), 266-275.
- Bion, W. (1980). *Experiencias en grupos*. Barcelona, España: Paidós.
- Bion., W. (1978). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Bostic, J., Shadid, L. y Blotchy, M. (1996). Our time is up: forced terminations during psychotherapy training. *American Journal of Psychotherapy*, 50 (3), 347– 359.
- Butte., N., (2000). Fat intake of children in relation to energy requirements. *American Journal of Clinical Nutrition*. 72(Suppl), p1246-1252.
- Camacho, L., Hinostrosa, G. y Jiménez, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería universitaria*, 7(4), 35-41.
- Camacho, M., Zapata, G., y Gabriela, A. (2016). Síndrome de sobrecarga del cuidador y su relación con el cuidado de personas con discapacidad grave y muy grave registrados en el Centro de Salud n°2 “Las Casas” y pertenecientes al distrito 7d05 en la ciudad de Quito, 2016. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12982>
- Campuzano, M. (1984), "La admisión grupal, determinantes de su surgimiento y técnica de realización. México D.F. México: De la Aldea.
- Canel, O., Greco, G., Weisman, C., Procupet, A., Kaufman, R., Jaime, C., y Acuña, M. (2013). Hacia un abordaje integral de la Enfermedad Renal Crónica. 10(1), 51-55.
- Cardozo, M. (1989). Análisis de políticas de salud, ¿una nueva área? Instituto Nacional de *Salud Pública*. 31(5), 704-709.
- Carreras., A. (s/a). ROLES, REGLAS Y MITOS FAMILIARES, recuperado de: <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Apuntes-Roles-y-mitosCarreras-2014.pdf>
- Caruso., A. (1966). *El psicoanálisis, lenguaje ambiguo*. México D.F. México: fondo de cultura económica.
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (2008). Ficciones de la realidad y realidades de la ficción. Barcelona, España: PAIDOS.
- Cerrone, L. (2016). El síntoma desde el psicoanálisis. Montevideo: Facultad de Psicología Universidad de la República.
- Chang, M. (2012). El consumo del alcohol como un problema de salud pública. *Revista de Higiene y Epidemiología*. 50(3), 425-426.

- Cigna (2019). Diabetes: Diferencias entre tipo 1 y tipo 2. Recuperado de: <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/diabetes-ug1217abc>
- Clinic Barcelona, (2020). Insuficiencia renal crónica. Recuperado de: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/insuficiencia-renal-cronica/definicion>
- Código de Nuremberg. (1947). Colegio de Bioética de Nuevo León, A.C. recuperado de: <https://bioetica.com.mx/codigo-de-nuremberg/>
- Cohen, N. (1982). *On loneliness and the ageing process. International Journal of Psychoanalysis*, 63(s/) 149-155.
- Colli, M., y Lorenzo, M. (2012). Psicoterapia de grupo: revisión histórica. Recuperado de: <http://www.ucipfg.com/Repositorio/MSCG/MSCG-07/BLOQUE-ACADEMICO/Unidad1/Historia de la psicolog%C3%ADa de un grupo.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (texto vigente al 8 de mayo del 2020). Recuperado de: <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos#10539>
- Córdova, J., Barriguete, J., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M., De León, M., Craige, H. (2006). Termination, terminable and interminable: Commentary on paper by Jody Messler Davies. *Psychoanalytic Dialogues*, 16(5), 585-590.
- Craige, H. (2006). Termination, terminable and interminable: Commentary on paper by Jody Messler Davies. *Psychoanalytic Dialogues*, 16 (5), 585 – 590.
- Crespo., L. (sin fecha). Psicoterapias de Grupo. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/14664/14540>
- Cruz Roja (2020). Ser cuidador(a). El portal de las cuidadoras y los cuidadores. Barcelona, España.: Recuperado de <https://www2.cruzroja.es/sercuidadora>

- Daco., P. (1967). Enigmas y triunfos del psicoanálisis. Madrid, España: Daimon.
- Daza, C. (2002). La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colombia Médica*. 33(2), 72-80.
- De Vries, J., Schilder, N., Mulder, L., Vrancken, M., Remie, M., Garsen, B. (1997) Phase II study of psychotherapeutic intervention in advanced cancer. *Psychooncology*, 6(2), 129-137.
- Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial – Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas en seres humanos. (2019). Recuperado de: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Dies, R. (1993), Investigación en psicoterapia de grupo, Perspectiva general y aplicaciones clínicas, en Alonso., A. y Swiller., H. (Comps.). Psicoterapia de grupo en la práctica clínica, México D.F. México: Manual Moderno.
- El informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento, (1979). Recuperado de: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Escobedo, J. (2013). Epidemiología de la diabetes. Felipe, C., Fajardo, G., Navarro, F., y Carrillo, F. (Coords.). Diabetes Mellitus: Actualizaciones (págs. 9-20). México DF, México: Editorial Alfil.
- Espín., M. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista cubana de salud pública*, 38, 493-402.
- Espinosa, A. (2015). Factores de riesgo de las enfermedades crónicas: algunos comentarios. *Revista cubana de salud pública*. 5(1), 72-75.
- Espinoza, M., y Jofre A. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30.
- Etcheverry (Trad.) Obras completas: Sigmund Freud (vol. 16). Buenos Aires, argentina: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1916).
- Ezriel, H. (1950). A psychoanalytic approach to group treatment, *British. Journal of Medical Psychology*. S/v (42), 223-238.

- Fernández, A. (1992). *La sexualidad atrapada de la señorita maestra. Una lectura psicopedagógica del ser mujer, la corporeidad y el aprendizaje*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Foucault, (2003). *Historia de la sexualidad, 3 - la inquietud del sí*. Buenos Aires, Argentina: S. XXI.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas no saludables dirigida a niños, niñas y adolescentes*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/mexico/media/6581/file/Nota%20t%C3%A9cnica%20publicidad%20dirigida%20a%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes.pdf>
- Foulkes, S. (1949). *Introducción to the group-analytic psychotherapy*. New York, E.U: Grune and Stratton.
- Foulkes, S., y Anthony, E. (1957). *Group Psychotherapy. The Psicho-Analytic Approach*. New York: Penguin book.
- Foulkes, S., y Anthony, E. (1957). *La historia natural del grupo terapéutico.*, Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Foulkes., S. (1978). *Psicoterapia psicoanalítica de grupos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Franz, A., y French, M. (1965). *Terapéutica Psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Freire de Garbarino, M. y cols. (1992). *Interacción temprana. Investigación y Terapéutica breve*. Montevideo, Uruguay: Roca Viva.
- Freud, S. (1915). *De guerra y de muerte. Temas de actualidad*. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry (Trad.) *Obras Completas*. Vol. XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1924). *El problema económico del masoquismo*. Tomo XIX. *Obras Completas*. Buenos Aires, argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1929). *El malestar en la Cultura*. Tomo XXI. *Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Freud, S. (1978) Conferencia 23: Los caminos de la formación de síntoma. En J.L. Etcheverry, (Trad.) Obras completas: Sigmund Freud (vol. 16). Buenos Aires, argentina: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1916).
- Freud, S., (1899). La interpretación de los sueños. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fried, E. (1985). The processes of change in group psychotherapy. *Group*, 9(3), 3-13.
<http://www.jstor.org/stable/41825683>
- Fromm., E. (2009). El miedo a la libertad. México D.F. México: Paidós.
- Fromm., E. (2012). El lenguaje olvidado, introducción a la comprensión de lo sueños, mitos y cuentos de hadas. Barcelona, España: Paidós.
- Fuentes, A., Vidal, O., Fuentes, J. y López, E. (2009). Consumo de Alcohol durante el Embarazo: Múltiples Efectos Negativos en el Feto. *Rev Cient Cienc Med*. 12(2), 26-31.
- Gala, F. Lupiani., M. Raja., R. Guillén., C. González., J. Villaverde., Ma. Gutiérrez y Alba., I. (2003). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*. (30), 39-50.
- Gámez, R. (2005). Intervenciones efectivas en promoción de la actividad física. *Kinesis*, 42, 58-6.
- García, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, XXVII, (101), 9-25.
- Gazda, G. M. (1989). Group counseling: A developmental approach. Boston, E.U: Ailyn & Bacon.
- Gershenson., C. Wisdom., T. (2013). Previniendo enfermedades crónico-degenerativas con vacunas sociales. *Redalic.org*, 81(2), (83-84).
- Gil, G., Rodríguez., M. y Cid., L. (2008). Cuidar al cuidador: La ayuda psicoterapéutica a cuidadores de mayores dependientes mediante dinámica de grupos. *Miscelánea comillas*, 66(128), 117-167.

- Gobierno de México (2020). El pulso de la salud. Informe semanal sobre los avances en los servicios de salud en el país. Recuperado de: <https://www.gob.mx/insabi/articulos/el-pulso-de-la-salud-28-de-enero-de-2020>
- Gómez, B., y Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 7(1), 30-38.
- Gómez, R. (1997). *Una perspectiva histórica de la psicoterapia de grupo. En: Grupos terapéuticos y asistencia pública. Asociación Española de Neuropsiquiatría.* Barcelona, España: Paidós.
- González, J. (1992). *Interacción grupal y psicopatología.* Ciudad de México, México: Nociones.
- González, J. y Rodríguez, M. (2008). *Teoría y técnica de la psicoterapia analítica.* México D.F., México: Plaza y Valdés.
- González, U., y Reyes, A. (2012). Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de un enfermo crónico-degenerativo. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(2), 636.
- González, C., Valencia, H., y Bersh, S. (2006). Intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes con enfermedad médico-quirúrgica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV, 72S-91.
- González, J. (1999). *Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas.* México D.F., México: Manual moderno.
- González, J., Monroy, A., y Kupferman, E. (1999). *Dinámica de grupos.* México D.F. México: Pax.
- González, Smith, Suls, y Stone. Citado en: Zapata, J. (Coord.) (2017). *Tendencias de la psicología actual.* México DF, México: Fontamara
- Grand, J., y Sainsbury, P. (1959). *Mental illness and the family.* Instituto Nacional De Estadística y Geografía, I. (2014). *Mujeres y Hombres en México 2013.*
- Grau, J. (2013). *Enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada panorámica.* Conferencia central en el módulo de Enfermedades Crónicas, Especialidad de Psicología de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (documento no publicado).

- Grau, J., (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Redalyc*. 7(2), 138–166.
- Grinberg, L., Langer, M. y Rodrigué, E. (1961). *Psicoterapia del grupo, su enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: PAIDOS.
- Grotjahn, M. (1979). *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica*. Buenos Aires, Argentina: PAIDOS.
- Groves, M. y Muskin, P. (2006). *Tratado de Medicina Psicosomática* (Tomo I). Barcelona, España: Ars Médica.
- Guazo, D. (2016, 06 de Noviembre) De que mueren los mexicanos. El universal.com. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/periodismo-de-datos/2016/11/6/de-que-mueren-los-mexicanos>
- Guerra, C., Vila, J., Apolinaire, J., Cabrera, A., Santana, I., Almaguer, P. (2009). Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes. *Scielo*. 7(2), 25-34.
- Guillén, C., y González, A. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1), 5-16.
- Hanson, M. y Gluckman P. (2011). Developmental origins of health and disease: Moving from biological concepts to interventions and policy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*; 115 (Suppl 1): S3-5.
- Hartley. E. y Hartley., R. (1959) .Fundamental of Social Psychology. New York, E.U: Knoopf.
- Hernández, M., Gutiérrez, J., y Reynoso, N., (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud pública de México*. 55(2), 129-130.
- Hillman, CH., Erickson, KI., Kramer, A. (2008) Be smart, exercise your heart: Exercise effects on brain and cognition. *Nat Rev Neurol*. 9 (¿?) 58-65.
- Hornstein, L. (1993) Practica psicoanalítica e historia. Buenos Aires: Paidós.
- Horwitz, K. (1993), Group-Centered Models of Group Psychotherapy, en H.I. Kaplan y N.J. Sadock (comps.), *Comprebensiiv Group Psychotherapy*, Baltimore, E.E.U.U: Williams & Wilkins.
- Inez, B. (2014). Reducir la carga de los cuidadores. *Nursing (Ed. Española)*.31 (6), 50-56.

- Institute for Health Metrics and Evaluation. Global burden of disease (2014). Recuperado de: <http://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2018). Exceso de sal y azúcar puede provocar desarrollo de enfermedades crónicas. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201808/218>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2018). Por tabaquismo mueren en México 135 personas al día. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201805/138>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2018). Prevención del consumo del tabaco. Recuperado de: <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/prevencion-del-consumo-de-tabaco?idiom=es>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Comunicado de prensa núm. 525/18. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>
- Instituto nacional de personas adultas mayores. (2020). La importancia del autocuidado en cuidadoras y cuidadores de personas mayores dependientes. Recuperado de: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/importancia-del-autocuidado-de-quien-cuida-a-personas-adultas-mayores-dependientes?idiom=es>
- Kadis, A. Krasner, C. Winick y. Foulkes,. S. (1969), "Algunos fenómenos de grupo", en *Manual de psicoterapia de grupo*, México, Fondo de Cultura Económica, cap. vii, pp. 69-119.
- Kaës, R. (1977). *El Aparato psíquico grupal, construcciones de grupo*. Barcelona, España: Ediciones Granica.
- Kaës, R. (1993). *El grupo y el sujeto del grupo*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Kaës, R. (1993). *El inconsciente y las alianzas inconscientes, Investigaciones para una metapsicología de los conjuntos intersubjetivos*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

- Kissen., M. (1989). *Dinámica de grupos y psicoanálisis de grupo*. México D. F. México: Limusa.
- Klein, M. (1946). *Notes on some schizoid mechanism, en by and gratitude and other Works*. Londres, Inglaterra: Hogarth Press.
- Kutash, I. y Wolf, A. (1993), "Psychoanalysis in Groups", citado en H.I. Kaplan y Lander, R. (2012). Un estudio sobre el sufrimiento psíquico. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana*, 24(1), 111-118.
- Laplanche, J. & Pontalis, J-B., (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Madrid, España: Paidós.
- Leiberman, C. y Bleichmar, N. (2013). Sobre el psicoanálisis contemporáneo. México D.F. México: Paidós.
- Lizama A, (2016). Multidisciplinaria en el manejo de enfermedades crónicas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(3), 263-267.
- López, G., Orueta, R., Gómez, S., Sánchez, A., Carmona, J., y Alonso., F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista clínica de medicina de familia*, 2(7), 332-339.
- López, A., y Iriondo, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Revista clínica contemporánea*. 10(1), 1-19.
- Lubin, L., y Johnson, J. (2000). Interactive psychoeducational group therapy in the treatment of authority problems in combat-related posttraumatic stress disorder. *International Journal of Group Psychotherapy* 50, 185-197. Recuperado de: <http://proquest.umi.com/login>.
- Lugo, M. (2015) El derecho a la salud en México, problemas de su fundamentación. Recuperado de: http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf
- Mackenzie, K (1990) Introduction to Time, Limited Group Psychotherapy. Washington, DC. E.U: American Psychiatric Press.
- Mahler, C. (1969). Group counseling in the schools. Boston, E.U: Houghton Mifflin.
- Martínez, M., (2001). El miedo, las proyecciones paranoides y la violencia en los grupos de pacientes en crisis, *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 4 (19), 89-102.

- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. Recuperado de: <http://www.rci.rutgers.edu/~sjacksox/PDF/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf>
- Medline Plus, (2020). Enfermedad crónica renal. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/chronickidneydisease.html>
- Medline Plus, (2020). Hipertensión arterial – adultos. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>
- Melvin, L. (1995). Psicoterapia de grupo en la práctica clínica. México DF, México: manual moderno.
- Miller., A. (2012). *El saber proscrito*. México D.F. México: Ensayo Tusquets.
- Miller., A. (2015). *El cuerpo nunca miente*. México D.F. México: Fabula Tusquets.
- Ministerio de salud de Argentina, (sin fecha). Hipertensión Arterial. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/hipertension-arterial>
- Montes, L. (2015). Políticas públicas en salud “propuesta de un modelo de atención a la salud: Seguridad social única”. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma del Estado de México. México.
- Montorio, I.; Izal, M.; López López, A. y Sánchez Colodrón, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, (14), 2, 229-247.
- Montoya, M. (1984). La admisión grupal, determinantes de su surgimiento y técnica de realización, Análisis grupal, México D.F., México: s/e.
- Morales, C. (2019). El autocuidado de los adolescentes que están en diálisis. *Univ. Salud*, 21(1), 88-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.192101.142>.
- Moreno, A., Medina, M. (2008). Tabaquismo y depresión. *Scielo*. 31(5), 409-415.
- Moreno, M., (2012). Defunción y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. (23)2, 124-128.
- Mullan, H. y Rosenbaum., M. (1962), *Group Psychotherapy, Theory and Practice*, Nueva York, E.U: The Free Press.

- National Human Genome Research Institute. (2019). Complex Disease. Recuperado de: <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Enfermedad-compleja>
- Navarro, V. (2013). ¿Qué es una política nacional de salud? Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Panama/cela/20120717092358/quees.pdf>
- NCD Alliance, (2017). Consumo nocivo de alcohol. Recuperado de: <https://ncdalliance.org/es/acerca-de-las-ent/factores-de-riesgo-prevenci%C3%B3n/consumo-nocivo-de-alcohol>
- Negrete, A. (1982). Experiencia en psicoterapia de grupo con pacientes psicóticos. S. Millán and S. Gojman de Millán (Eds.), *Memorias II, México (Sociedad Psicoanalítica Mexicana) 1982*, pp. 483-491.
- Notimex. (2018). Enfermedades crónico degenerativas, Mayor problema en adultos. 20 minutos. <https://www.20minutos.com.mx/noticia/354187/0/enfermedades-cronico-degenerativas-mayor-problema-en-adultos-mayores/>
- O'Donnell, P. (1974), *Teoría y técnica de la psicoterapia grupal*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores,
- O'Donnell, P. (1977). *La teoría de la transferencia en psicoterapia grupal*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Organización Mundial de la Salud (2018) Enfermedades crónicas. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado de: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2011). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 Resumen de orientación. Recuperado de: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Actividad física, ¿Qué es la actividad física? Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Alcohol. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Organización Mundial de la Salud (2019) Enfermedades crónicas. Recuperado de:
https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Organización Mundial de la Salud (2019). Tabaco. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Organización Mundial de la Salud (2020). Diabetes, recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud (2020). Enfermedades crónicas. Recuperado de:
https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Organización Mundial de la Salud (2020). Factores de riesgo. Recuperado de:
https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Organización Mundial de la Salud (2020). Hipertensión. Recuperado de:
<https://www.who.int/topics/hypertension/es/>

Organización Mundial de la Salud, (2017). Enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. La obesidad infantil y adolescentes se ha multiplicado por 10 en las últimas cuatro décadas. Recuperado de: <https://www.who.int/ncds/es/>

Organización Mundial de la Salud, (2018). Enfermedades no trasmisibles. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Panamericana de la Salud (2007). Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de enfermedades Crónicas. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000204cnt-2013-07_estrategia-prevencion-control-enfermedades-cronicas.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2020) Condiciones crónicas y enfermedades debidas a causas externas. Recuperado de: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t es&p=316&lang=es

Organización Panamericana de la Salud (2020). Enfermedad crónica del riñón. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=349&Itemid=40937&lang=esa

- Organización Panamericana de la salud, OPS (2016). Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28227/9789275318669_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1>
- Ortega y Gasset. (2020). La rebelión de las masas. Barcelona, España: Austral México
- Otero, B. (2012). Nutrición. Recuperado de: <http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/salud/Nutricion.pdf>
- Páez, D., Iraurgi, J., Valdosedá, M. y Fernández, I. (1993). Factores psicosociales y salud mental: un instrumento de detección de sujetos adolescentes en riesgo. *Bol. S. Vasco-Nav. Ped.*, 27(87), 34-48.
- Páez, N. (2014). Tabaquismo: el enemigo del corazón. *Revista colombiana de cardiología*. 21(3), 133-134.
- Pavlovsky, E., y Abadi, M. (1980). Una experiencia de psicoterapia grupal: la coterapia. Clínica Grupal I. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Búsqueda.
- Pekarik, y Sledge. Citado en Roe, D. (2006). The timing of psychodynamically oriented psychotherapy termination and its relation to reasons for termination, feelings about termination and satisfaction with therapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35, (3), 443-453.
- Periódico oficial Tierra y Libertad. (08, de junio 2014). Consejería Jurídica del Poder Ejecutivo del Estado de Morelos. Dirección General de Legislación. Recuperado de: http://marcojuridico.morelos.gob.mx/archivos/reglamentos_estatales/pdf/PSAL_UD2013-18.pdf.
- Pichón Rivière, E. (1985). El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Buenos Aires, Argentina: Nueva Edición.
- Pontalis, J. Y Anzieu, D. En Kaës, R. (1995), Realidad psíquica de/en grupo *El grupo y el sujeto del grupo*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

- Portillo., I. (2000). *Bases de la psicoterapia de grupo*. México D.F. México: Editorial Pax México.
- Powdermaker, F., y Frank, J. (1953). *Group Psychotherapy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University.
- Prado, L., González, M, Paz., y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electrónica*. 36 (6), 835-845.
- Prieto, S., Arias, N., Villanueva, E., y Jiménez, C. (2015). Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Med. Int. Méx.*21 (6), 660-668.
- Ramírez., S. (2019). *Infancia es destino*. México D.F., México: siglo XXI.
- Régulo, C. (2006) Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. *Acta méd. Peruana*. 23(2), 69-75.
- Renders, C., Valk, G., Griffin, S., Wagner, E., Eijk, J. y Assendelft, W. (2001). Interventions to Improve the Management of Diabetes Mellitus in Primary Care, Outpatient, and Community Settings. *A systematic review*. 24(10), 1821-1833.
- Requejo., A. Ortega., R. (2000). Nutrición en la infancia. En: Requejo AM, Ortega RM editores. *Nutriguía Madrid*, España: Complutense.
- Reyes, A., Garrido A., Torres L., Ortega P., (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y salud*. 20(1), 111-117.
- Reyes, G., Garrido, A., y Torres, E. (2001). Relación familiar de enfermos en espera de trasplante cardiaco. *Psicología y Salud*, 11(1), 147-153.
- Rolland., J. (1993). Chronic illness and the family life cycle, in *The Changing Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy*. En Alonso., A. y Swiller., A. (comps.), *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*, (pp.201-213). México D.F. México: El Manual Moderno.
- Ruiz, A. y Nava, Ma. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf. Neurol*. 3(11), 163-169.
- Ruiz, G., (2014). Las enfermedades crónico-degenerativas, principales causas de mortalidad en México. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de

- Educación Superior. Recuperado de: <http://www.anui.es.mx/noticias/las-enfermedades-cronico-degenerativas-principales-causas-de>
- Ruiz, M. y Palacios, L. (2019). La coterapia, el contigo en el grupo. *Norte de salud mental*, vol. 16 (60), 13-20.
- Ruiz, M., Rodríguez, I., Revert, C., y Hardisson, A. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. *Revista de Toxicología*. 21(2-3), 64-71.
- Ruiz, P., Bacardí, M., y Jiménez, A. (2019). Historia, tendencia de la obesidad en México. *Journal of negative & no positive results*. 4(7), 671-745.
- Rull, J., Aguilar, C., Rojas, R., Ríos, J., Gómez, F., Olaiz, G. (2005). Epidemiology of type 2 diabetes in México. *Arch Med Res*. 36(3), 188-196.
- Sánchez, M. (2000). El yo y el nosotros. Los fenómenos grupales en el grupo de psicodrama. México D.F. México: Ítaca.
- Sánchez. T., Molina. M., y Gómez, R. (2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1171-1184.
- Sanz., M (2016). Terapia grupal. Manual para la acción. Madrid. España: Grupo 5 y gestión social, S.L.
- Schutz, W. (1973). "Todos somos uno". Amorrortu editores. Recuperado de: <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-06-00369.pdf>.
- Secretaría de prensa, Enfermedades crónicas degenerativas, principales causas de muerte en adultos mayores. (2018). Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/147-enfermedades-cronicas-degenerativas-principales-causas-de-muerte-en-adultos-mayores>
- Secretaria de Salud (2018). Panorama Epidemiológico 2018 Enfermedades No Transmisibles Observatorio Mexicano De Enfermedades No Transmisibles. Recuperado de: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/panoOMENT/Panorama_OMENT_2018.pdf
- Serebrinsky, H. (2012). Psicoterapia de grupo. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA*, 10(2), 132-155. Recuperado de:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612012000200001&lng=es&tlng=es.

- Slavson, S. (1934). *A Psychoanalytical Approach to Aesthetics. Developments in Psychoanalysis by M. Klein and others*. Londres, Inglaterra: The Hogarth Press.
- Slavson, S. (1976). *Tratado de Psicoterapia Grupal Analítica*, Buenos Aires, Argentina, Paidós.
- Smith., R. Andrews., K. Brooks., D. Fedewa., S. Manassaram-Baptiste., D. Saslow., D. y Wender., R. (2017). Cancer screening in the United States, 2017: a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA: a cancer journal for clinicians*, 67(2), 100-121.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Spiegel, D. (1995). Essentials of psychotherapeutic intervention for cancer patients. *Support Care Cáncer*. 3(s/n), 252-6.
- Tartaglini, M., Feldberg, C., Hermida, P., Heisecke, S. (2020). Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Elsevier*. 12(1), 27-35.
- Tobón., O. y García., C. (2004). Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud. Colombia: Universidad de Caldas.
- Torralba, F. (2007). Aproximación a la esencia del sufrimiento. In *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 30(23), 23-37.
- Torres, D. (2020). Eficacia de un programa de autocuidado para el manejo y control de estrés en cuidadores formales de adultos mayores (tesis de pregrado) Universidad del Ecuador, Ecuador.
- Torres, I., Beltrán, F, Martínez, G., Saldívar, A., Quesada, J. Y Cruz, L. (2006). Cuidar a un enfermo ¿Pesa? *Revista de divulgación científica y tecnológica de la universidad veracruzana*. 19(2), 56-60.
- Tossani E. (2013). The concept of mental pain. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(2), 67–73
- Tovar, F. (2012). Políticas de salud: conceptos y herramientas. Recuperado de: [http://www.fsg.org.ar/TOBAR%202.Politica de salud.pdf](http://www.fsg.org.ar/TOBAR%202.Politica%20de%20salud.pdf)

- Tyson, P. (2000). Teoría psicoanalítica del desarrollo: una integración. Lima: Publicaciones Psicoanalíticas.
- Universidad Internacional de Valencia. (24 de abril de 2018) ¿Enfermedad aguda o crónica? Diferencias y ejemplos. Recuperado el 06 de abril del 2019 de: <https://www.universidadviu.com/enfermedad-aguda/>
- Varela, M., Duarte, C., Salazar, I., Lema, L., Tamayo, J. (2011). Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. *Colombia Médica*. 42(3), 226-227.
- Varo, J., Martínez, J., Martínez, M. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medica Clínica*. 121(17), 665-72.
- Vázquez, C. (2007). La prevención primaria de la enfermedad cardiovascular inicia en la infancia. *Mediagraphic*. 77(1), 7-10.
- Vélez., P. y Restrepo., D. (2008). El proceso de terminación en psicoterapia de tiempo limitado: aspectos clínicos y técnicos. *Revista CES Psicología*. 1(2), 58-68.
- Vidal, D., Chamblas, I., Zavala, M., Müller, R., Rodríguez, M., y Chávez, A. (2014). Determinantes Sociales En Salud Y Estilos De Vida En Población Adulta De Concepción, Chile. *Ciencia Y Enfermería*, 20(1), 61-74.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona, España: PAIDOS.
- Walter, N., Y Stone, M. (1995). Psicoterapia de grupo para pacientes con enfermedad mental crónica. En Alonso. A., Swiller., H. *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica* (69-90). Manual moderno.
- Winnicott, D. (2015). Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- World Health Organization (2012). Chronic diseases. Recuperado: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/index.html.

World Health Organization, (2008). 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Recuperado de: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf

Yalom, I. (1986). Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México D.F., México: Fondo de Cultura Económica.

Yalom, I. (2009). Mirar al sol. La superación del miedo a la muerte. Buenos Aires: Emecé.

Yllá citado en Beloso, J., Díaz M., y López T. (2015). Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (128), 759-760.

Yllá, L., y González Pinto, A. (1999). Group therapy and attitudinal changes to mental illness in medical students. *The image of madness*, 129-138.

Zambrano, R., y Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36, 26-39.

Zarit, S., Reever, K., y Bach-Peterson, J. (1980). *The Gerontologist*. Relatives of the Impaired Elderly : Correlates of Feelings of Burden. 20(6), 649-655.

Apéndice 1

Universidad Autónoma de Estado de Morelos

Facultad de Psicología

Cuernavaca Morelos a _____ de _____ del año _____.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS EN LA PARTICIPACIÓN
DE LA INVESTIGACIÓN/INTERVENCIÓN. TITULADA: PSICOTERAPIA DE GRUPO
A FAMILIARES Y CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS.

Usted ha sido elegido para participar en una investigación con el objetivo de brindar psicoterapia de grupo a familiares de pacientes y cuidadores primarios con enfermedades crónicas degenerativas en el centro de salud del municipio de Tepoztlán, Morelos, con el propósito de disminuir el desgaste emocional que conlleva el cuidar a un enfermo crónico.

El tipo de intervención de la presente investigación/intervención, se llevará a cabo con psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, con un grupo conformado por un mínimo de 6 y un máximo de 12 pacientes, las sesiones tendrán una duración de noventa minutos.

La intervención tendrá una duración de doce sesiones a lo largo de tres meses aproximadamente, con el apoyo de un coterapeuta, que auxiliará en la toma de notas del protocolo de registro en cada sesión, lo que servirá como un elemento más para analizar la evolución y evaluación del tratamiento.

El riesgo para los participantes es mínimo, en todo caso durante el proceso psicoterapéutico grupal se les brindará contención, información y apoyo para mejorar o recuperar su estabilidad emocional.

Los riesgos que pueden existir son: la exaltación de sentimientos como el enfado, miedos, angustias, desesperanza.

Los riesgos que se consideren potenciales en esta investigación/intervención como los antes mencionados, se minimizarán dentro del grupo psicoterapéutico, beneficiando no sólo a la persona con una enfermedad crónica degenerativa (ECD), sino a todas las personas que le rodean, además de disminuir el estrés, los sentimientos ambivalentes hacia el paciente, el desgaste físico y psicológico, ansiedad, desmotivación, aislamiento, enfado, sentimientos de ambivalencia, que genera el cuidado del enfermo crónico.

Además se proporcionará apoyo e información necesaria para evitar crisis familiares, finalmente se considera que otro de los beneficiarios indirectos, será el personal médico de los hospitales porque facilitará el nuevo estilo de vida de la familia y el enfermo, trabajando en conjunto para obtener mejores resultados en las indicaciones del médico.

El ser un cuidador primario de un enfermo crónico, implica tener cargas emocionales que muchas veces por no tratarse adecuadamente pueden desembocar en una enfermedad física, lo cual quiere decir que no sólo está en peligro la vida del enfermo, sino que también se pone en riesgo la vida del cuidador primario. Este trabajo beneficia, no sólo a la persona con una enfermedad crónica degenerativa, sino a todas las personas que le rodean ya que se les brindará apoyo psicoterapéutico donde se abordarán temas en común además de que se les proporcionará auxilio psicoterapéutico y la información necesaria para evitar crisis familiares.

Objetivo General:

Brindar psicoterapia de grupo a familiares de pacientes y cuidadores primarios con enfermedades crónicas degenerativas en una institución pública del municipio de Tepoztlán, para disminuir el desgaste emocional que conlleva el cuidar a un enfermo crónico, y posteriormente evaluar la eficacia del tratamiento.

Objetivos Específicos

- Brindar psicoterapia de grupo a familiares y cuidadores primarios con pacientes con enfermedades crónico degenerativas.
- Identificar los principales beneficios que brinda la psicoterapia de grupo a los familiares o cuidadores primarios con pacientes con enfermedades crónico degenerativas.
- Evaluar la eficacia de la psicoterapia grupal a través de autoreportes y entrevistas individuales al final del tratamiento.

Observaciones:

Antes de tomar una decisión sobre su participación, es importante que usted conozca y comprenda la siguiente información sobre la investigación. Por favor pregunte sobre cualquier duda o información que desee conocer.

- Su consentimiento para participar en la presente investigación/intervención se dará por entendido al firmar y recibir una copia de la presente forma.
- Su participación en esta investigación/intervención es completamente voluntaria, puede rehusarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de expresar las razones de su decisión o sin pérdida de los beneficios a los que tiene derecho en esta institución.
- Usted tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en esta investigación/intervención, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento dentro de esta institución. Sólo se le pedirá que informe las razones de su decisión, la cual será respetada.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar participar.

- El investigador se compromete a brindarle la seguridad de que mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, como datos personales y de identificación.
- La identidad del participante de investigación/intervención se mantendrá en forma confidencial y resguardada.
- La información que contenga datos personales que se hayan proporcionado en esta investigación/intervención como el nombre (s), apellidos, datos de contacto, antecedentes, etcétera, serán tratados de forma confidencial asegurando que, si los resultados del estudio se publican todos sus datos personales serán confidenciales y los datos personales que identifiquen al participante serán cambiados.
- El investigador se compromete a brindarle respuestas a cualquier pregunta y aclaración de dudas acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- La información personal brindada, así como los datos de contacto, será destruida cinco años después de haber concluido la investigación/intervención.
- Su participación en la investigación no tiene costo económico.
- En el caso de esta investigación/intervención los participantes no tendrán ninguna remuneración económica, no será reembolsado ningún gasto, ni algún otro beneficio en especie.
- Esta investigación/intervención no contempla ocultar algún tipo de información a los participantes
- Este estudio ha sido avalado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi) de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos teléfono: 777 316 7720. El co-responsable del

este protocolo es el Dr. Luis Pérez Álvarez, contacto: lpalvarez@uaem.mx. Del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la UAEM.

- En caso que el participante requiera mayor información sobre la naturaleza de la investigación, favor de comunicarse con su servidor el Psic. José Luis Ortiz Cortés. Correo electrónico: jose.ortizco@uaem.edu.mx

NOMBRE Y
FIRMA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL
PSICOTERAPEUTA

NOMBRE Y FIRMA DEL CO-
TERAPEUTA

Apéndice 2

Cuadros con fragmentos discursivos.

Número	Tema / Categoría	Subcategorías	
1	Síntoma Principal de las pacientes cuidadoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Síntoma en común dentro del grupo. • Síntomas físicos • Síntomas psicológicos 	<p>-Siento Coraje, enojo, preocupación, molestia, resentimiento, miedo (E, Ar, An., M. S- S1).</p> <p>- “Aumento de peso, cansancio” (An. S1).</p> <p>- “Mi mamá ha estado de un médico a otro y eso también es un desgaste físico y emocional” (E.-S1).</p> <p>- “Me siento estresada” (M-S7).</p> <p>-“Sufría golpes por parte de mi papá, era muy tímida. Antes no decía nada” (S. S8).</p>
2	Evolución del síntoma de las pacientes cuidadoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Síntoma principal. • Síntomas secundarios. • Gravedad del síntoma. 	<p>- “La familia o nuestros familiares enfermos nos hacen dependientes a ellos” (An. S2)</p> <p>- “Anteriormente no enfrentaba y me daba mucha ansiedad y solo comía, incluso subí mucho de peso” (An. S1).</p> <p>- “Creen, que como soy enfermera puedo tener las respuestas a todos sus malestares” (M. S2)</p> <p>“Son cambios a los que no estaba preparada” (E. S1).</p> <p>- “Me siento sola a pesar de que tengo a mi esposo” (S. S2).</p> <p>- “Me imaginé aventar un lazo y de ahí colgarme”. (S. S4)</p>

Número	Tema / Categoría	Subcategorías	Ejemplos de Fragmentos discursivos
3	Descuido de las cuidadoras y de los otros.	<ul style="list-style-type: none"> • Descuido personal • Descuido de la familia • Descuido de su entorno • Descuido del trabajo 	<p>-Necesitamos tiempo para nosotras y no dejarnos, de lo contrario vamos a terminar también enfermas” (M. S9).</p> <p>-“he descuidado a mi esposo y a mi hijo, no los atiengo adecuadamente y eso me genera culpa a pesar que ellos n me dicen nada, no estoy con ellos como a mí me gustaría”. (E.S1).</p> <p>-“No me concentraba en mi trabajo incluso tenía que salir temprano para ir a verla, eso es muy estresante y luego que se ponía mal y me llamaban a mí, toda la carga era y aun es para mí”. (E.S1).</p> <p>-“A mi hijo nunca le dediqué mucho tiempo por mi trabajo” (S.S2).</p> <p>-“Los hijos de ms abuelos son egoístas, no ayudan en mucho y mis abuelos tienen que buscar sus medios para solucionar sus problemas” (Ar.S7).</p> <p>-“Necesitamos tiempo para nosotras mismas y no dejarnos” (M.S9).</p> <p>-“A veces me pregunto ¿dónde quedamos nosotros? No sabemos separar, y aunque no quiera, repercute en mis actividades”. (S.S9).</p> <p>-“Siento coraje, a veces pienso en dejar de trabajar para cuidar a mis papás, pero no puedo, ya tengo que ayudar con los gastos” (E.S1)</p>

Número	Tema / Categoría	Subcategorías	Ejemplos de Fragmentos discursivos
4	Cuidado de enfermos y otros familiares de las pacientes cuidadoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Padres enfermos • Hermanos enfermos • Hijos sanos de hermanos 	<p>-Me delegan la responsabilidad porque soy enfermera y soy quien hará el trabajo mucho mejor” (A.S1).</p> <p>-”Me adjudico la responsabilidad de mi hijo y mi nieto.” (S. S2).</p> <p>- “Además de eso tengo a veces que atender a mis sobrinos, ya que sus papás no están” (S.S8)</p> <p>- “Yo soy la que tiene que lidiar con sus molestias (de papá), y con la preocupación de mi mamá y con su enojo” (M.S9).</p>
5	Antecedentes familiares de las pacientes del grupo psicoterapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura familiar • Dinámica familiar • Expresión afectiva • Reconocimiento / Desconocimiento • Pérdida de los padres en la infancia • Castigos • Cultura machista 	<p>- “Los hijos (tíos) no se hacen cargo de mis abuelos” (Ar. S1).</p> <p>- “A mi hijo nunca le dediqué mucho tiempo por mi trabajo”. (S. S2).</p> <p>- “Los hijos de ms abuelos son egoístas, no ayudan en mucho y mis abuelos tienen que buscar sus medios para solucionar sus problemas”. (Ar.S7).</p> <p>- “Ya no digo nada porque a veces es cosa de pelear, se enojan y con eso ya solucionan todo, se deslindan” (E. S1).</p> <p>- “Mi papá golpeaba a mi hijo, yo tenía que salir a trabajar” (S.S8).</p> <p>- “Piensan que como soy enfermera tengo todas las respuestas” (A. S1).</p> <p>- “Esto me dice que haya una carga impuesta por la misma familia, que es muy sutil, como por debajo del agua” (M. S5).</p> <p>- “Mi padre no estaba mucho tiempo con nosotros por su trabajo. Nos manipula” (M. S9).</p> <p>-“Tú eres la enfermera, tú hazte cargo”. (E., A., M.)</p> <p>- “Mis padres fallecieron en un accidente automovilístico” (An. S1)</p> <p>- “Mi padre murió de hepatitis C y mi mamá de lupus” (A. S7).</p> <p>- “fue una madre muy sumisa, prefería no contradecir a su papá ya que también la golpeaba” (S. S8).</p>

Número	Tema / Categoría	Subcategorías	Ejemplos de Fragmentos discursivos
6	Antecedentes personales de las pacientes cuidadoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Introversión • Extroversión • Actitud ante los padres • Estabilidad emocional • Inestabilidad emocional 	<p>- “Sufría golpes por parte de mi papá, era muy tímida. Antes no decía nada” (S. S8).</p> <p>- “Antes lo guardaba, ahora les digo a mis tíos que cuiden a sus papás” (Ar. S1).</p> <p>- “Resentimiento hacia mi papá y enojo y coraje hacia mi mamá porque no hace nada” (M. S).</p> <p>- “Me di cuenta de que también ellos me controlan, me manipulan, principalmente mi papá no puedo llegar 15 minutos tarde porque ya me están llamando que donde estoy” (M. S9).</p> <p>- “Después de un tiempo me separé del papá de mi hijo, me costó mucho trabajo dejarlo, y después conocí a mi actual pareja” (S. S8).</p> <p>- “Mi mamá fue una madre ausente crecí de forma independiente y solitaria, me casé y mi matrimonio no funcionó y con eso mi ansiedad aumentó” (An. S1).</p>

Número	Tema / Categoría	Subcategorías	Ejemplos de Fragmentos discursivos
7	Estructura familiar de las cuidadoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Completa • Incompleta • Rotas • Reestructuradas 	<p>-“Mi papá se iba a trabajar, nos dejaba, tuvo otra familia” (M. S5).</p> <p>“Después de un tiempo me separé del papá de mi hijo, me costó mucho trabajo dejarlo, y después conocí a mi actual pareja y decidimos juntarnos, con él tengo una hija, y no tengo mucho problema con ella” (S. S8).</p> <p>- “Me delegan la responsabilidad porque soy enfermera y soy quien hará el trabajo mucho mejor”. (Ar. S1)</p>
8	Rol desempeñado de las cuidadoras ante el enfermo	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera • Cuidador primario • Padre • Madre 	<p>-“Él me toma en cuenta solo para que le haga sus cosas, incluso le hago el desayuno, a veces le digo que parezco yo la esposa” (M. S5).</p> <p>-Tengo que atender además a mis sobrinos (s. S8).</p> <p>-“Soy nieta y cuido a mis abuelos, sus hijos no son responsables”. (Ar. S1).</p> <p>-“Me delegan la responsabilidad porque soy enfermera y soy quien hará el trabajo mucho mejor” (A.S1).</p> <p>-“la mayor responsabilidad recae en las mujeres, principalmente en mí y eso me molesta” (E. S1).</p> <p>- “Cuando pasa algo delicado, me llaman para que yo vaya a solucionarlo, y me tratan como si fuera una hija más o su enfermera” (E. S1)</p>

Número	Tema / Categoría	Subcategorías	Fragmentos discursivos
9	Miedos específicos de las cuidadoras ante la muerte.	<ul style="list-style-type: none">• Ideas sobre la muerte• Miedo a morir• Miedo de que el otro muera• Deseo de la muerte del otro	<p>- "Tengo miedo a que mi hijo muera." (E. S4).</p> <p>- "A veces pienso en colgar un lazo y colgarme." (S. S4).</p> <p>- "Me entra la culpa, pero no puedo desearle la muerte a mi padre, y digo, Dios, perdóname." (M. S6).</p> <p>- "Ya mejor deja que me muera." (Papá de M. S6).</p> <p>- "sentía culpa el que mi papá dijera que mejor ya lo dejemos morir, eso me daba miedo, entraba en un conflicto por que llegué a pensar que mejor se muera." (M. S6).</p>

Número	Tema / Categoría	Subcategorías	Fragmentos discursivos
10	-Súper yo severo de las cuidadoras primarias	<ul style="list-style-type: none"> • Intragresión • Sentimientos de decepción • Desilusión • Enojo • Culpa • Hacia los familiares enfermos • Hacia los cuidadores 	<p>- "No tengo tiempo para mí." (S., E.).</p> <p>- "Siento enojo, ya que los demás miembros de la familia no ayudan y eso me hace estar preocupada por mis abuelos" (A.S1).</p> <p>- "No tengo pareja, estoy sola." (M. S).</p> <p>- "Nos olvidamos de nosotros mismos." (S. S9).</p> <p>- "Creen que no es mucho lo que apporto." (Ar. S2).</p> <p>- "Siento la desilusión de los padres y los familiares." (M. S).</p> <p>- "Me congoja no atender a mi papá y eso me causa conflicto, me he dado cuenta que mi papá es manipulador" (m. S6).</p> <p>- "Tú no me curaste, se me infectó por tu culpa." (M. S6).</p> <p>- "Ya mejor deja que me muera." (M. S6).</p> <p>- "Tengo de repente resentimiento hacia mis hermanos porque no ayudan y cuando tomamos decisiones me dicen que yo las tome, me dejan sola." (E.S1).</p> <p>- "¿Hay una responsabilidad? Hacia los cuidadores." (E. S2).</p>

Número	Tema / Categoría	Subcategorías	Fragmentos discursivos
11	Desgaste emocional de las cuidadoras primarias.	<ul style="list-style-type: none">• Desgaste emocional en el cuidador primario• Síntomas relacionados al desgaste emocional• Enfermedades desarrolladas	<p>-“Anteriormente no enfrentaba y me daba mucha ansiedad y solo comía, incluso subí mucho de peso” (An. S1).</p> <p>-“Íbamos de un médico a otro porque no podía disminuir el malestar físico.” (E. S2).</p> <p>-“Fue más lo emocional y el desgaste con los familiares lo que me generó la ansiedad.” (S. S4)</p> <p>- “He pensado en quitarme la vida.” (S. S6).</p>

Número	Tema / Categoría	Subcategorías	Fragmentos discursivos
12	Insight dentro del grupo psicoterapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios a partir del proceso grupal • Lo asimilado del proceso grupal • Reelaboración de los problemas con la familia 	<p>- “Somos egoístas porque no pensamos en nosotros” (S.S9).</p> <p>- “Somos egoístas, no nos interesamos por nuestras compañeras” (M.S9)</p> <p>- “Me di cuenta que nosotros mismos nos adjuntamos responsabilidades” (E. S)</p> <p>-“Nos falta organización” (S., S9).</p> <p>-“Me di cuenta de que hay factores de mi papá que nos perjudican” (M., s9).</p> <p>-“No se hacen responsables de ellos mismos, y esperan que les resolvamos las cosas” (E., s9).</p> <p>-“Con el discurso de los demás, entendí mejor a mis compañeros, ya que a veces los veía enojados o tristes” (E., s9).</p> <p>-“Me di cuenta que mi papá es manipulador”.</p> <p>-“Me atreví a hablar con mi papá” (M., s9).</p> <p>-“Esto me ayuda a entender y verlo desde otra perspectiva”(M.,S., s9)</p> <p>-“Entendí que si yo no estoy bien, mi familia tampoco” (E., s9).</p> <p>-“Quizá en mi caso necesito terapia individual, ya que había cosas que no me atreví a decir” (E., s9).</p> <p>-“También tenemos que hacernos responsables de nosotros mismos, y tenemos la responsabilidad de buscar nuestro bienestar” (S., s9).</p> <p>-“Necesitamos tiempo para nosotras y no dejarnos, de lo contrario vamos a terminar también enfermas” (E., s9).</p> <p>-“Me di cuenta de que también ellos no se hacen</p>

responsables de sí mismos, muchas veces nos manipulan” (M., s9).

Número	Tema / Categoría	Subcategorías	Fragmentos discursivos
13	Intervenciones verbales del psicoterapeuta y el coterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Encuadrar • Preguntar • Señalar • Interpretar 	<p>-Las intervenciones de la pareja psicoterapéutica iban dirigidas a complementar la información, los huecos en el discurso, así como las clarificaciones.</p> <p>-Algunos señalamientos iban dirigidos a profundizar en los sentimientos, para posteriormente puedan ser interpretados con los integrantes guiados por la pareja psicoterapéutica.</p> <p>-“Entendí que si yo no estoy bien, mi familia tampoco” (E. S9).</p>
14	Cierre y devolución en el grupo psicoterapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Información y devolución del proceso psicoterapéutico grupal. • Reflexiones finales de los pacientes. 	<p>-“Somos egoístas con nosotros mismos, y también que no pensamos en nosotros” (S. S9).</p> <p>-“Importancia de seguir con un proceso individual” (E.S9).</p> <p>-“La importancia de tenerse a sí mismos” (E., Ar.)</p>
15	Rol desempeñado de las cuidadoras ante la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Rol de papá. • Rol de mamá. 	<p>-“Tenía que hacerme cargo de mis 6 hermanos.”(E. S).</p>

-
- Rol de esposa.
 - “Pareciera que soy la esposa de mi papá” (M.).
 - “Tengo que hacerme cargo de mis sobrinos” (S).
 - “Me tratan como si fuera una hija más o su enfermera” (M).
-

Cuernavaca Mor., a 8 de Noviembre de 2022
ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. MARICARMEN ABARCA ORTIZ,
COORDINADORA ACADÉMICA
DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA.
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: Psicoterapia de grupo a familiares y cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Trabajo que presenta el C. "José Luis Ortiz Cortés", quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

VOTOS APROBATORIOS			
COMISION REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DR. LUIS PÉREZ ÁLVAREZ	X		
DR. OCTAVIO JESÚS DE LA FUENTE ESCOBAR	X		
DR. GUILLERMO DELAHANTY MATUK	X		
DRA. DENI STINCER GOMEZ	X		
MTRA. LAURA PÉREZ PATRICIO	X		

Atentamente:
José Luis Ortiz Cortés.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

LUIS PEREZ ALVAREZ | Fecha:2022-11-08 22:27:34 | Firmante

Oll8MYprWpQ3PaDi6XCdtOa24r5+3MBi+TTLVHM2QekSohTtu8sJb/DUDI32CtYDcjbmojdir9OeMvjgNZ0K6oMygM0/o1vq+GqMdn1dLM8i04o+3ZeaWLP/MHbrml7DPHutoVhI
Hq8Ly5kHEzpn/OfclFdwvxKi4uyo+9iJQY313IGgz/QY4QTKNRuqU1xh3MVkkZwOzFBLccjB7sIaue7GZtO1LgP1CXrGAmcXrRfUW eckEpVw9m/fAb5YXiSFbQsOVY+m6M9Vtrq
XYILC/Am8LWdPXyOyxoyajTzJZ04/Z6bgKBGwO0scwUt2bz+M1UUFqofC/Ud91QFFKjgQ==

LAURA PÉREZ PATRICIO | Fecha:2022-11-08 22:30:55 | Firmante

MTTiXZ2Q7AZV0o+Y9Gcse68W XsflJlD5aRpMPi9EXu5c1I5KwGuSTVBxJtGNGNeCcOf6T4UaCtK6Mat7NXa3eS1JwvoKkKXS2TtGagW XFvG8jcxT8u7g5G+K1+cLLOYxUn2Ym
Lo650SGYc6aHF+uMCB+60bq5oNnHxNMJid1afQLIRvL8mchxx2AueT73K+nhz7Gmq3UgRmSfWtBNMzv0e1M8seahqMpx036467JEdAsiylUSwBebgJc8nJ9gwq1Xq+V+UaGjE
UIUQPm1mGH45VXmssfKawmlOGWgGysssBLMdXsBoWaa85dA4WUWhEloztHR3n2ytjuHOxYtB3vFQ==

DENI STINCER GOMEZ | Fecha:2022-11-09 08:18:38 | Firmante

fTHkluQP8OMI+r2rCO7gTGP077OwNFwZtybEcAkn8Qm+w285Fc69VfShchSQfCtbgayWOGLPKdNa9vw4NBfQx40SL6FqqKr9dday3jCXQuI0IFrobj4xtT7IS8JLMb/LrP9Qagfr
aN5LRM8A9LMPGW G638wG6mscgeZ2aSpQqOifxcN/XTzSgZ6F99Wt265D0JONCys3lQbwqHdIE6WPgprnzRfHs5alwQDn54mT8uTjat4TK7ZOF/qcbmgEI5Swj/Hue9scsx/FQ
5w/KXw97eAbkrKN8z//4pljiq6shpQqUp4/Jtb0WcZT8jmtUEyfXqtpGPiWlPdeRIGNA==

GUILHERMO DELAHANTY MATUK | Fecha:2022-11-11 12:42:27 | Firmante

rbcC44/lepmlOj6wfnVlvKK2TLN5q6Osl4hA9eMWbQ9ML9oG4oj3MKXjQKi6MCSETzzYchleTZAZv9XaNVE6ai3Zg8q8l2sXSkbGm3rTQPC9Nzsk3bpzNEZQ6zb9tox4xcfHxWpZ
2kCVyglK8CIN8Kkrvf3X2+qZQGfGZu80x/qj0LeBPqN5r1Jlik61fGLwOXzQnOqiWM5uCaTjj+8nL8GxEugGNjMC7e1USwuQlBkw03XLT3MvHXuD3jIYJ+swbNKPax4bseJcpHli
HFbiQAoJfjXs2Fpf5GxUXQz/Dd4rR7uYfOVi2evPRpJwan8Bgc9OIOqoBVqVRSQ==

OCTAVIO JESÚS DE LA FUENTE ESCOBAR | Fecha:2023-02-20 14:18:03 | Firmante

TrBd+XhaKATfKnrIU6KRGxbCPOEujxI4vJizwEi6DTNaxGoDBGTx5/jjshOOslZP2B0oMUx8Ysi8ggR4vBTT58MtnImTnRxEYaZ4SlgSUCvBKyeZR1mwfQbqZ2po0vRyMh3qmm
Kpb5r/7jeyMnekEGBTUdEJ/FZVnC/rOwK774SioTFkICKuQ8yNLWl0pDcYTYcbxHZkEsILxqW hoBSHZSqpy9liCC/SWcBSRfco/e57CCFO4V0J2Td/M5ye4fJITWuRCgFRg915Y
rCnUi6VWuVoPSKIhcrqAhW30TKxRGGCwJHwCnKl49FKMyQCzPhJa69F8cYmsOWekmnQNw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



h0tbHEwFJ

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/NRBMFoF4KGMn5f3TMVjzhWnZqHnXsB5k>

