

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD



Tesis para optar el Grado Académico de Maestro
en Psicología Clínica y de la Salud

Efectos del programa para el control del estado general de salud,
distrés y sobrecarga en cuidadores de personas con deterioro
cognitivo

Autor: Bach. Esteves García, Gino

Asesora: Dra. Pando Fernández, Liliana Cecilia

LIMA-PERÚ

2021

PAGINA DEL JURADO

Dra. Ana María Montero Doig

Presidente del Jurado

Mg. Katherine Lissette Sánchez Carreño

Jurado

Mg. Ortiz Alcántara Mercedes Inés

Jurado

Dra. Liliana Cecilia Pando Fernández

Asesora

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mi padre Carlos Alberto Esteves Bravo, quien me apoyó desde el inicio de mi carrera tanto en el pregrado como en el posgrado, por darme la fortaleza para no rendirme y continuar hasta el final del proceso de maestría.

El acompañamiento a mi padre en sus últimos días me dio una visión diferente de la vida y con ella la fortaleza para no rendirme y llegar hasta el final en cualquier cosa que realice.

La fortaleza, alegría y sentido del honor de mi padre me dieron una nueva orientación sobre el sentido de la vida, ya que dedicó su vida a pelear desde su profesión por la justicia y la verdad según lo que consideraba coherente con lo que creía.

Finalmente dedico esta tesis a Dios por enseñarme la importancia de nacer de nuevo y ser luz, sal y fermento para un mundo en necesidad.

AGRADECIMIENTO

A mi madre Gloria Maria Garcia Cruzatt por apoyarme a cada paso del camino en el desarrollo del trabajo de tesis, por ser mi soporte en momentos difíciles y alentarme a continuar hasta el final.

De manera especial, a la Dra. Liliana Pando Fernández, asesora en el desarrollo del trabajo desde la aprobación del proyecto hasta la emisión del informe de tesis; por su paciencia, compromiso y ética con su valiosa orientación durante el desarrollo del proceso.

A la casa de reposo “Centuria”, en particular a la Licenciada Rosario Soledad Cohny López; por su amistad, apoyo y compromiso en el desarrollo del programa de tesis.

A la casa de reposo “Palmeras” por el compromiso y entusiasmo en el desarrollo del programa de tesis.

Finalmente agradezco a Dios sin el cual no hubiera sido posible el desarrollo de la tesis.

INDICE DE CONTENIDO

PAGINAS DE JURADO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE GENERAL.....v

INDICE DE TABLAS.....vii

INDICE DE FIGURAS.....vii

RESUMEN.....viii

ABSTRACT.....ix

INTRODUCCION1

1. CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....3

1.1. Descripción del problema.....3

1.2. Formulación del problema.....5

1.2.1. Problema principal.....5

1.2.2. Problemas específicos.....5

1.3. Importancia y justificación del estudio.....5

1.4. Delimitación del estudio.....6

1.5. Objetivos de Investigación.....6

1.5.1. Objetivo General.....6

1.5.2. Objetivos Específicos.....7

2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....7

2.1. Marco Histórico.....7

2.1.1. La adultez mayor.....7

2.1.2. Deterioro cognitivo en el adulto mayor.....17

2.1.3. Cuidadores de personas con deterioro cognitivo.....25

2.1.3.1. Estado de salud del cuidador.....27

2.1.3.2. Distrés en el cuidador de personas con deterioro cognitivo
.....28

2.1.3.3. Sobrecarga en el cuidador personas con deterioro
cognitivo30

2.1.4. Atención plena o “Mindfulness”31

2.2.	Investigaciones relacionadas con el tema.....	39
2.3.	Estructura Teórica y Científica que Sustenta el Estudio.....	52
2.4.	Definición de Términos Básicos.....	55
2.5.	Fundamentos teóricos que sustentan el estudio.....	58
2.6.	Hipótesis.....	58
2.6.1.	Hipótesis general.....	58
2.6.2.	Hipótesis específicas.....	59
2.7.	Variables (definición y operacionalización de variables: dimensiones e indicadores)	59
3.	CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	61
3.1.	Tipo, Método y Diseño de Investigación.....	61
3.2.	Población y Muestra.....	62
3.3.	Técnicas e Instrumentos de recolección de Datos (validez y confiabilidad)	63
3.4.	Descripción de Procedimientos de Análisis de Datos.....	66
3.5.	Programa de Mindfulness para el control del estado general de salud, distrés y sobrecarga de cuidadores de personas con deterioro cognitivo - Estructura por sesiones.....	67
4.	CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	67
4.1.	Resultados.....	67
4.1.1.	Resultados descriptivos.....	67
4.1.1.1.	Resultados descriptivos de las variables.....	67
4.2.	Análisis de resultados o discusión de resultados.....	68
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	82
	Conclusiones.....	82
	Recomendaciones.....	83
5.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84

6. ANEXOS.....	92
6.1. Declaración de autenticidad.....	92
6.2. Autorización de consentimiento para realizar la investigación.....	93
6.3. Matriz de consistencia.....	96
6.4. Matriz de operacionalización.....	98
6.5. Protocolos o instrumentos utilizados.....	101
6.6. Formato de protocolos o instrumentos utilizados.....	108
6.7. Formato de evaluación de programa.....	112
6.8. Programa para el control de estado general de salud distrés y sobrecarga en cuidadores de personas con deterioro cognitivo – estructura por sesiones.....	130

INDICE DE TABLAS

Tabla 01.....	70
Tabla 02.....	71
Tabla 03.....	72
Tabla 04.....	73
Tabla 05.....	74
Tabla 06.....	75
Tabla 07.....	76
Tabla 08.....	76
Tabla 09.....	77
Tabla 10.....	77

INDICE DE FIGURAS

Figura 01.....	54
Figura 02.....	58

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar los efectos del programa para el control del estado general de salud, distrés y sobrecarga en cuidadores de personas con deterioro cognitivo de Lima Metropolitana. Se evaluó a 35 profesionales de entre 20 a 65 (Media = 39.81), de los 3 son varones y 32 mujeres, mediante muestreo intencional por conveniencia, diseño cuasi experimental. Los instrumentos utilizados son la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit, el Inventario de Distrés y Emoción Percibido (IDEP) y el Cuestionario de salud SF 12. Los resultados evidencian que, a nivel de resultados de aplicación de programa, si existen cambios significativos en materia del control del estado general de salud, distrés y sobrecarga emocional a nivel de psicología. Sin embargo, a nivel estadístico, por ser la muestra pequeña, es insuficiente para lograr significancia estadística.

Palabras clave: programa, estado general de salud, distrés, sobrecarga, cuidadores, deterioro cognitivo.

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the effects of the program for the control of the general state of health, distress and overload in caregivers of people with cognitive impairment in the metropolitan area of Lima. 35 professionals between 20 and 65 (Mean = 39.81) were evaluated, of the 3 were men and 32 were women, using intentional sampling for convenience, quasi-experimental design. The instruments used are the Zarit Caregiver Burden Scale, the Perceived Distress and Emotion Inventory (IDEP) and the SF 12 Health Questionnaire. control of the general state of health, distress and emotional overload at the psychology level. However, at a statistical level, as the sample is small, it is insufficient to achieve statistical significance.

Key words: program, general state of health, distress, overload, caregivers, cognitive impairment.

INTRODUCCION

Una población que se encuentra dentro de la condición de vulnerabilidad y riesgo por las condiciones mínimas de calidad de vida es el adulto mayor con deterioro cognitivo, ya que conforme va avanzando en edad, va experimentando los cambios propios de dicha edad, pasando de una posición de funcionalidad plena a una de referencia que le permita enseñar a las proximas generaciones todo el bagaje cultural y experiencia de vida acumulados a lo largo de los años.

Sin embargo, aunque el paradigma de senectud, como tradicionalmente se le conoce a la adultez mayor, es el que se mencionó anteriormente, hay, como se indicó, una realidad que es diametralmente opuesta que afecta no solo a la persona que lo padece (en este caso el adulto mayor), sino también a su entorno más próximo, el deterioro cognitivo.

Y es que, al hablar de deterioro cognitivo, es necesario precisar que no solo se trata de una alteración de las funciones cognitivas del adulto mayor, sino también en lo que a su funcionalidad y autonomía se refiere, alterando de manera determinante su capacidad integrativa, adaptativa y de posicionamiento afectando de manera dramática su evolución.

En este punto, sobre las bases de la perdida de la independencia y la funcionalidad, es donde hace su aparición el cuidador, el mismo que al encargarse de los cuidados y exigencias propias de la situación de dependencia del adulto mayor con deterioro cognitivo, recibe el impacto de la realización de protocolos y procedimientos clínicos (en el caso que sea institucionalizado) o de las labores propias de las actividades para la vida diaria, sobre las bases de su estado de salud, sobrecarga emocional y distrés percibido, afectando no solo su labor del cuidador per se sino también sus diferentes roles en su vida personal.

Por lo expuesto anteriormente, la presente investigación se inicia con el Capítulo I donde se presenta el planteamiento del problema describiendo la problemática a estudiar a nivel general y específico relacionándolos con los objetivos generales y específicos que se espera alcanzar al finalizar el estudio.

Seguidamente, en el Capítulo II, se presenta el marco teórico iniciando con el marco histórico, el cual es sustentado con los diversos estudios realizados por diferentes autores a lo largo de la literatura. Además, se describen las investigaciones nacionales e internacionales relacionadas con el objeto de estudio para el diseño de la estructura teórica y definiciones tanto conceptuales como operacionales del estudio. De igual manera, se presentan las hipótesis tanto general como específicas que se pretenden comprobar en dicha investigación.

Posteriormente, en el Capítulo III, se expone el marco metodológico, detallando el tipo, enfoque y diseño de investigación, además de pasar a presentar la población y la muestra, el tipo de muestreo y las técnicas e instrumentos de recolección de datos, para seguidamente pasar a la descripción de los procedimientos estadísticos que se va a utilizar.

Asimismo, en el Capítulo IV, se pasa a presentar los resultados descriptivos e inferenciales desarrollados sobre las bases de los objetivos planteados al inicio del estudio junto con el análisis y/o discusiones de los mismo comparándolos con estudio relacionados al tema de investigación.

Finalmente, se presentan las conclusiones basadas en los resultados obtenidos de manera estadística para posteriormente pasar a exponer las recomendaciones del estudio para fines futuros.

1 CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

En los últimos casi 25 años (1995 – 2019) la forma de abordar los efectos del deterioro cognitivo en las conductas de tipo adaptativo y desarrollo de habilidades metacognitivas de los adultos mayores ha sufrido una variedad de transformaciones, en materia de investigaciones, las mismas que están íntimamente relacionadas con el contexto cultural latinoamericano en el que se desarrollan las funciones de intervención de los cuidadores institucionales de adultos mayores relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria (ABVDs).

Así, en países como Argentina, Colombia México y Perú, se encuentra que el cuidador institucional tiene un papel medular en el acompañamiento del paciente con deterioro cognitivo, el cual, si bien está preparado a nivel profesional e institucional para enfrentar la problemática del deterioro cognitivo del paciente que tiene a cargo, en muchos casos, dicha realidad tiende a desbordarlo al punto de hacer que este caiga en situaciones de estrés que afectan no solo su salud sino también su rol de cuidador, llegando incluso este a caer en deserción de la institución en la que trabaja.

En este punto, Crespo (2007) afirmó que el manejo de las situaciones de crisis por parte del cuidador constituyen una de las prioridades dentro del tratamiento (a nivel de acompañamiento) de los cuidadores institucionales, ya que están expuestos a situaciones de estrés que consideran extenuantes y que resultan un obstáculo para poder desempeñar sus funciones de manera morfoestática, es decir, que puedan hacer frente a los diferentes cambios del paciente sin alterar de manera significativa su estado de ánimo y, por consiguiente, sus niveles de adaptación.

Cabe precisar además que, en lo que se refiere a cifras oficiales el instituto nacional de estadística e informática (INEI) no se especifica un porcentaje a nivel de nacional que coloque en el mapa a la población de cuidadores de personas con deterioro cognitivo (véase INEI: población ocupada, según ramas de actividad, tamaño de empresa y categoría de ocupación, 2007-2018).

En este sentido, siguiendo en el contexto latinoamericano los cuidadores (en este caso informales) tienen múltiples manifestaciones relacionadas con la salud física y mental, así como en el orden social y económico, por lo que es imprescindible buscar alternativas de apoyo ya que, además, no cuentan con un mínimo de información acerca del deterioro cognitivo (DC) y de los problemas que tiene el adulto mayor al que ofrecen sus cuidados (Espín 2007).

De igual forma, en lo que se refiere a niveles de adaptación, si bien están entrenados desde el aspecto metodológico, es decir, en técnicas propias de su labor de cuidador, todavía adolecen de estrategias para prevenir el desborde de estrés, manifestado en distrés percibido y sobrecarga, los cuales son la manifestación de una merma en su estado de salud. Una muestra de ello es la relación entre la habilidad y la sobrecarga del cuidador. La relación entre los cuidadores y su entorno no ha sido suficientemente abordada desde la perspectiva de los adultos (y los niños) en sus diferencias y similitudes en la ejecución y consecuencias del rol propio del cuidador, orientadas a políticas de salud a fin de dar respuesta a necesidades específicas y redefinir las intervenciones de apoyo para quienes cumplen una labor no reconocida por el sistema de salud (Montalvo 2009).

Con relación a los efectos de la sobrecarga sobre los cuidadores de personas con DC, es necesario mencionar los aportes realizados por Hans Selye respecto a lo que se conoce como síndrome de adaptación general, el cual entra en vigor a partir del proceso de inserción laboral del cuidador a la institución de cuidado del adulto mayor con deterioro cognitivo.

Con el propósito de reducir el impacto del estrés sobre la calidad de vida de las personas, se han desarrollado una serie de técnicas y métodos que han alcanzado, en la actualidad, gran aceptación entre los especialistas de la salud. Una de estas técnicas es el entrenamiento en atención plena como alternativa complementaria de abordaje centrada en la apreciación del fenómeno sin comprometer el soporte emocional del cuidador.

Existen indicadores conductuales que colocan a los cuidadores institucionales de pacientes con deterioro cognitivo dentro de un porcentaje considerable, como lo expresa Anand, K, Dhikav, V, Sachdeva, A y Mishra, P. (2016). en su estudio de caso sobre la percepción del estrés del cuidador en la enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo

leve: un estudio de casos y controles, el cual se encuentra en los anales de la Academia India de Neurología y que trabajó con personas en riesgo de desarrollar cuadros de estrés, ya que la preocupación se basa en el temor de recaída, la saturación de funciones o las recurrentes crisis que desarrollan las personas con DC.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es el efecto del programa para el control del estado de salud, distrés y sobrecarga de un grupo de cuidadores de personas con deterioro cognitivo de tres centros de apoyo?

1.2.2. Problemas específicos.

- ¿Qué diferencias existen en el estado general de salud entre un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o mindfulness y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción?
- ¿Qué diferencias existen en el grado de sobrecarga entre un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o “mindfulness” y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción del programa?
- ¿Qué diferencias existen en el nivel de distrés percibido entre un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o “mindfulness” y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción del programa?

1.3. Importancia y justificación del estudio

El trabajo se justifica en dos dimensiones. Por un lado, sustenta su importancia metodológica al querer validar el programa para el control de estado de salud, distrés y sobrecarga en cuidadores de personas con deterioro cognitivo, al permitir reunir

evidencia acerca de los efectos de la variable dependiente según las bases de los tipos de respuesta correspondientes a la estructura del análisis funcional, es decir, a nivel fisiológica, emocional, cognitiva y motor social.

Finalmente, por otro lado, el presente trabajo sustenta su importancia social al querer implementar un programa basado en la práctica de atención plena (o mindfulness) para revertir los efectos del rol del cuidador sobre el estado de salud de los cuidadores, a fin de permitir establecer líneas de intervención con evidencias de modo que se pueda proveer de herramientas a los cuidadores para gestionar mejor el manejo de sus emociones, a fin de prevenir el estado de sobrecarga y distrés no solo durante su desempeño profesional sino también en su vida personal.

1.4. Delimitación del estudio

Se trabajó de manera virtual durante el tiempo de la investigación desde que se contactó con la muestra, pasando por la aplicación de protocolos y la realización del programa para el control de estado general de salud, distrés y sobrecarga, el cual fue de 9 meses.

Asimismo, la investigación se realizó con cuidadores de personas que padecen deterioro cognitivo y que se encuentran en situación de dependencia en residencias geriátricas de lima metropolitana.

Finalmente, en enfoque en el que se abarcó la investigación esta centrado en el modelo propuesto por Hans Selye (1936) llamado síndrome de adaptación general, el cual abarca la dinámica del distrés en sus tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento.

1.5. Objetivos de investigación

1.5.1. Objetivo General

Determinar el efecto del programa para el control del estado general de salud, distrés y sobrecarga de cuidadores de personas con deterioro cognitivo de tres centros especializados de lima metropolitana.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar si existen diferencias significativas sobre el estado general de salud libre de somatizaciones en un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o “mindfulness” y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción del programa.
- Identificar si existen diferencias significativas sobre la ausencia del grado de sobrecarga en un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o “mindfulness” y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción del programa.
- Identificar si existen diferencias significativas sobre la ausencia de distrés percibido en un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o “mindfulness” y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción del programa.

2. CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Histórico

2.1.1. La adultez mayor

- **Definición:**

Para definir el termino adulto mayor es necesario clarificar el concepto de “envejecimiento”. Peña (2011) llama también al proceso de “envejecimiento” “senescencia”, la misma que implica una serie de modificaciones fisiológicas que se dan en los individuos con transcurrir del tiempo y que, a su vez, disminuyen la capacidad adaptativa de los sujetos frente a las exigencias y situaciones nocivas propias del ambiente en el que se desarrollan, produciendo efectos significativos que involucran a no solo a ellos mismos sino también a sus contemporáneos con los cuales comparten experiencias similares dentro de un espacio específico. Esto significa que el concepto de

envejecimiento está íntimamente ligado al de evolución, o en este caso, involución, ya que no solo competen la idea de disminución de funcionalidad a nivel orgánico sino también relacionan dicha funcionalidad al contexto en el que se desarrolla y que le sirve de herramienta no solo para subsistir sino también para relacionarse y así generar una herencia para todos aquellos que lo rodean en caso de que se trate de un individuo que cuente con la experiencia de comunidad o de familia.

Asimismo, Peña (2011) sostiene que los estudiosos del envejecimiento han clasificado a los adultos mayores en tres grandes grupos: 1) el “viejo – joven”, es decir, aquel que se encuentra en un rango de edad de entre 65 y 74 años y que su funcionamiento es activo y enérgico, 2) el “viejo – viejo” que se encuentra entre los 75 y 84 años y que dispone de mayores posibilidades de presentar más fragilidad que el grupo anterior y, finalmente, 3) el “viejo de edad avanzada” cuya edad es mayor a los 85 años y que, con mayor seguridad, presenta mayores probabilidades de enfermarse y de manifestar dificultades para desarrollar de manera fluida sus actividades para la vida diaria. No obstante, en la actualidad existe una clasificación más relacionada con la edad funcional que se manifiesta en cada individuo al momento de entrar en contacto con el medio en el que se desarrolla y que está relacionada con el desenvolvimiento, el rendimiento y la producción del adulto mayor en relación al nivel de su aspecto físico y adaptabilidad social.

De igual manera, Peña (2011) cita a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999) al introducir el concepto de “envejecimiento activo”, definiéndolo como el “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Ese mismo año, Peña añade: “Con lo cual se pretende impulsar la participación de los adultos mayores de manera individual y grupal en actividades de tipo social, cultural cívico, espiritual y económico”. Esto lejos de alejar a los adultos mayores del desarrollo del proceso de funcionalidad les da un protagonismo diferente, no solo porque les permite continuar con el desarrollo de sus actividades garantizando la continuación de su proceso evolutivo (traves del mantenimiento de sus costumbres e intereses) sino también porque les brinda la oportunidad de ejercer una labor de docencia para las siguientes generaciones que les sucedan, garantizando la continuidad del concepto de legado.

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica a las personas adultos mayores de la siguiente manera: a) las personas entre los 60 a 74 años, son consideradas de “edad avanzada”; b) las personas entre los 75 a 90 años son consideradas “viejas o ancianas”, y c) a las personas mayores de 90 años se les denomina “grandes viejos” o “grandes longevos”. Cabe mencionar que, a nivel general, a todo individuo mayor de 60 años se le clasificara como “persona de la tercera edad”.

- **Cambios físicos en el adulto mayor.**

Morris y Maisto (2001) afirman que los cambios físicos ocurridos en los adultos mayores afectan de manera significativa la forma como lucen y el funcionamiento de los órganos, los mismos que están relacionados con el funcionamiento del sistema nervioso simpático (el cual está relacionado con el funcionamiento adecuado o inadecuado de los órganos). Sin embargo, afirman que, aunque el envejecimiento es un proceso inevitable, la herencia y el estilo de vida influyen en la manera como se lleva a cabo dicho proceso. Esto explica el porque algunos adultos mayores cuando llegan a dichos rangos de edad llegan en mejores condiciones que otros que tienen la misma edad pero con hábitos de vida completamente diferentes, y es que los hábitos, la dieta, la actividad física, el desarrollo de intereses, el mantenimiento del entrenamiento cognitivo, el desarrollo de habilidades sociales, el mantenimiento de la productividad y espiritualidad entre otros, constituyen un factor protector medular para mantener su calidad de vida a través del desarrollo de su capacidad de disfrute en su día a día.

- **Desarrollo social del adulto mayor.**

Morris y Maisto (2001) sostienen que, en la mayoría de los casos, los adultos mayores tienen un estilo de vida independiente y satisfactorio, ya que, dentro de sus rutinas de actividades, ellos realizan rituales sociales interesantes que les permiten mantener su capacidad de goce y, por consiguiente, de plenitud en su experiencia dentro de su diario vivir.

Sin embargo, afirman que de manera gradual y progresiva pasan por un proceso de desvinculación y evaluación de su vida, haciendo un balance de lo que hicieron y dejaron de hacer, de lo que vivieron, viendo probabilidades y posibilidades, identificando “lo que fue” y suponiendo “lo que será”, haciendo preguntas con respuestas algunas veces y sin respuestas en otras terminando al final por aceptar las limitaciones ineludibles de su vida social.

Además, los autores ese mismo año, sostienen que las reacciones al abandonar la vida laboral remunerada son diferentes según la situación económica y las actitudes frente al trabajo. Por un lado, existe la ventaja de gozar con una pensión que les permite liberarse de la ansiedad de la sobrevivencia y que los lleva a vivir de manera plena y sin preocupaciones aquellas experiencias que durante años han venido posponiendo por la responsabilidad de cumplir con las exigencias de la vida laboral; otros frente a la ausencia de ingresos eligen por iniciar el camino de la independencia económica a través de la apertura de un negocio que les permita generar ingresos, tener ahorros para el futuro y así mantener la productividad con una mirada de cara al futuro con esperanza. Sin embargo, otros sufren el impacto del desempleo llegando a desarrollar sentimientos no solo de inutilidad, sino que también desarrollan la creencia de que son un estorbo para los demás miembros de la familia en el caso que vivan con ellos; lo cual habla de la existencia de niveles de aprendizaje significativo basado en la experiencia y que los lleva a la proyección de un futuro catastrófico para ellos en comparación con su historia de protagonismo y productividad.

Finalmente, añaden Morris y Maisto (2001) que las respuestas sexuales son más lentas, pero con mayor disfrute comparado con etapas de vida previas. Herrera (2003) afirma que los cambios fisiológicos, anatómicos y funcionales en los órganos sexuales de los adultos mayores no condicionan la modificación de las respuestas sexuales, sino que exigen de ellos un trabajo de adaptación sexual a nuevo funcionamiento del órgano sexual, evitando de esta manera la aparición de sentimientos de ansiedad frente a las futuras relaciones sexuales. Esto significa que más allá de factores biológicos lo que condiciona la ausencia o disminución de actividad sexual es más un factor psicológico que físico (aunque no se descarta que en algún caso aparezca un compromiso orgánico) y que lejos de preocuparse por el enlentecimiento de la actividad sexual lo que hay que

hacer es incidir más en la práctica de actividades que ayuden a mantener un estado de salud física adecuada como la práctica de algún deporte o el cuidado de la ingesta de algunos alimentos que alteren su estado de salud.

Así herrera (2003) afirma que la actividad sexual juega un papel medular en el desarrollo de un proceso de envejecimiento peno y saludable, no obstante – afirma herrera que la conducta sexual de los adultos mayores es heterogénea en lo que a sus petitos e intereses se refiere, esto debido a la ausencia de preocupaciones en materia de inhibiciones relacionadas con creencias que sean un obstáculo para cumplir dichas exigencias sexuales. Además, se observan que dentro de la modificación de la actividad sexual se encuentran los factores sociales que inciden de manera determinante en el desarrollo de la sexualidad en el adulto mayor.

Finalmente, en materia de los factores sociales herrera (2003) plantera que la importancia de los factores sociales dentro de la modificación de la actividad sexual se encuentra los siguientes:

- **Autopercepción del atractivo sexual**

El adulto mayor busca en gran parte la conservación o reducción de la actividad sexual en la percepción positiva de su cuerpo y el de su pareja manteniendo así relaciones sexuales satisfactorias. En este punto, afirma herrera (2003) que en general para las mujeres la asexualidad sigue siendo tabú, como resultado de una educación y cultura que las hace víctimas de una represión manifiesta. Lo único probado, afirma herrera (2003) citando a master y Johnson (1981) es que la duración de la fase orgásmica en la mujer entre los 50 y 70 años sufre una disminución paulatina de menor importancia. Por tanto, la persona que mantenga una percepción positiva de su cuerpo y el de su pareja mantendrá relaciones sexuales mas plenas sin la perturbación de fantasmas del pasado o algún riesgo inexistente.

- **Acceso a una pareja**

Otro de los factores sociales responsables de la modificación del comportamiento sexual en el adulto mayor es el acceso a una pareja. Herrera (2003)

sostiene que la edad adulta suele ser mal percibida en términos de pareja al definir al adulto mayor como “viejo verde” o viuda alegre, los mismos que son producto de creencias o mitos sociales carentes de fundamento y que lo privan de desarrollar una vida sexual satisfactoria.

De hecho, haciendo alusión a la muestra del estudio Herrera (2003) afirma que a mayor longevidad es más probable que los adultos mayores accedan a parejas sexualmente incapaces, cual es más frecuente en las mujeres que normalmente al volverse a casar con varones de más edad se transforma en cuidadores de sus parejas.

No obstante, no es infrecuente los matrimonios de varones con mujeres mucho más jóvenes, lo que eleva las probabilidades de practicar una sexualidad plena en su totalidad.

En el caso de la viudez Herrera (2003) afirma que el hecho de perder a la pareja es uno de los factores que determinan mayores probabilidades de cese de la práctica sexual. Básicamente para el adulto mayor resulta muy difícil la idea de tener placer nuevamente de una persona distinta a su anterior pareja especialmente cuando esta ha sido satisfactoria, esto se debe al concepto de comodidad que viene asociado al conocimiento de la persona fallecida durante la convivencia y que constituye su zona de confort.

Paralelamente otro aspecto a considerar es la fuerte tendencia social a considerar de manera negativa el establecimiento de las nuevas parejas afectivas. Herrera (2003) cita el estudio longitudinal de Duke al comprobar que el 90% de las mujeres viudas dejaban de tener relaciones sexuales a raíz de la muerte del cónyuge.

- ***Dificultad para acceder a la intimidad***

Para Herrera (2003) los adultos mayores institucionalizados o que viven con sus hijos (los cuales constituyen otra parte de la población de cuidadores informales) no disponen de los ambientes más adecuados para desarrollar una sexualidad plena o en todo caso, por prejuicios sociales se les prohíben expresamente.

En este punto, en lo que a dificultad se refiere, el cambio de domicilio es otro factor social que dificulta el desarrollo de una actividad sexual plena como afirma Herrera (2003), ya que es bastante frecuente los cambios de domicilio de familiares directos a residencias familiares ya sea por problemas médicos o incapacidad (dependencia). Al haber esto aspectos como la privacidad e intimidad se pierden ya sea en pareja o a nivel personal. En caso de que la familia continúe al cuidado del adulto mayor empiezan a plantearse normas de conducta sin conocer la realidad del familiar y las necesidades afectivas que presenta

Para ello herrera (2003) plantea que debe haber un equilibrio entre intimidad dignidad y derechos del adulto mayor, ya que incluso cuando hay compromiso de incapacidad mental o inicios de deterioro cognitivo (que es la característica de las personas que son puestas al cuidado institucional) tienen la capacidad de sentir calor, tocar y ser tocados.

Finalmente, desde el punto de vista neuropsicológico y evolutivo, una de las razones por las que hay disminución en la actividad sexual y el establecimiento de relaciones de pareja dentro del periodo de vida del adulto mayor es por una disminución de la segregación de oxitocina (neurotransmisor asociado a la experiencia de enamoramiento y fidelidad en la pareja tanto en mujeres como varones respectivamente) como consecuencia mas que todo de la aparición de dudas temores e ideas sentimiento asociados a la sensación de productividad y que alteran la capacidad de disfrute afectando de manera significativa su plenitud y calidad de vida.

- **Cambios cognitivos en el adulto mayor.**

Morris y Maisto (2001) citando a Schaie (1984) y Shimamura (1995) afirman que los adultos mayores conservan durante la senescencia el funcionamiento de sus capacidades e intereses intelectuales de manera plena. Sin embargo, existe el mito de que las células cerebrales de los adultos mayores se extinguen de manera rápida, mito que es descartado al conocer la capacidad que tiene el cerebro de desarrollar lo que se conoce como poda neuronal y que, orgánicamente hablando sería la base de lo que se

conoce como plasticidad cortical, al ser el encéfalo el espacio de vida de las redes neuronales. Es decir, en este punto las habilidades de los adultos mayores durante este periodo de desarrollo permanecen intactas en una cantidad considerable de ancianos según Morris y Maisto (2001).

Ciertamente las respuestas cognitivas se presentan de manera un poco mas lenta durante la senescencia, según afirma Morris y Maisto (2001) citando a Birren y Fisher (1995) y Salthouse (1991) y que añaden que se torna difícil el mantenimiento de algunos recuerdos y la recuperación de estos de manera rápida según vuelve a afirmar Morris y Maisto (2001) citando a Craik (1994) sin embargo estos cambios no son lo bastante preocupantes como para alterar la capacidad de disfrute de manera plena, activa e independiente según continúa citando a Willis (1985) y Willis y Schaie (1986). Todo indicaría que el estilo de vida, mediante la práctica de hábitos saludables a nivel general constituye una de las razones para el establecimiento del mantenimiento de la funcionalidad en el adulto mayor y que garantiza no solo su funcionalidad sino también su sociabilidad dentro de su medio más próximo.

De hecho, hay que resaltar la importancia del mantenimiento de intereses y proyectos dentro del establecimiento de plenitud dentro del proceso de cambio del los adultos mayores ya que, si bien se observa un cambio cognitivo significativo, el mantenimiento de la motivación le proporciona la suficiente energía emocional para poder continuar con su vida sobre las bases de socialización y el deseo de continuar con una vida llena de plenitud y productividad, esto normalmente se observa a través de el emprendimiento de un pequeño negocio, el deseo de aprender labores ocupacionales, talleres artísticos (música, pintura, baile, etc.) o alguna practica deportiva, recordemos que dichas actividades comprometen el encéfalo a través de la generación de neuro transmisores como la noradrenalina que está asociada a actividades relacionadas a lo novedoso, dopamina la misma que se expresa en la realización de actividades académicas, acetilcolina asociado a las relaciones interpersonales y el contacto social, serotonina asociada a la emoción de vivir y que está relacionada con el dinamismo de la funcionalidad. No obstante, por la casuística hay indicadores de reducción de endorfinas, asociadas a la experiencia de mitigación del dolor y que se expresan en las quejas producto de la intolerancia ante situaciones relacionadas al dolor.

- **El final de la vida**

Sobre este punto en particular, la Carta Internacional de los Derechos Humanos (1966) considera en el numeral primero artículo sexto que el derecho a la vida es inherente a la persona humana. Nadie podrá ser privado de la vida de manera arbitraria, con lo cual se asegura la dignidad de toda persona al momento de morir; esto es no solo darle al individuo condiciones para vivir bien sino también para morir bien respetando sus deseos, preferencias y creencias y que es tan determinante tanto para la persona que muere como para aquellos que lo rodean.

Morris y Maisto (2001) desarrollan el momento de la muerte con mayor naturalidad en el adulto mayor que en la juventud. Sin embargo, las experiencias de dolor, indignidad, despersonalización y soledad son temidas por dicha población al momento de cumplir el ciclo vital. Esto está muy relacionado con el declive del sentido de la vida (funcionalidad y roles específicos dentro de un medio específico) por un lado y funcionalidad por el otro (disminución de la productividad y sentido de legado). En este punto la idea de enfrentarse a “lo desconocido” es aquello que aterra a cualquier individuo en especial en relación con lo que ocurrirá con aquellos que lo rodean los mismos que van desde el cónyuge pasando por los hijos hasta llegar a los nietos.

Más aun, les preocupa ser una carga financiera para sus familiares según añaden Morris y Maisto (2001), por lo que la viudez es uno de los desafíos más severos que afrontar por parte del adulto mayor y es que el fallecimiento del cónyuge puede provocar presión a nivel emocional. Se observa que a los varones la experiencia del duelo les afecta mucho más que a las mujeres, sin embargo, ellos tienen mayor probabilidad de volver a casarse. Sobre esta carga financiera se evidencia además una comprensible preocupación por dejar todo listo para que llegado el momento de la muerte ninguno de los miembros del círculo más íntimo (por lo general la viuda y/o los hijos) no solo no queden en el desamparo sino también, en casos muy específicos, la unión en la familia no se deteriore por motivos económicos o legales.

Asimismo, Sandoval (2016) manifiesta que existe todavía un cierto “tabú” al hablar de la muerte bajo la consigna de “no hables de ella porque la estás llamando”, por lo que añade el autor que es recomendable hablar de la muerte, ya que se debe conocer las ideas de la muerte y las preferencias que tiene cada uno sobre como desea

que sea su muerte (en cuanto a rito de despedida según el sistema de creencias que el adulto mayor profese), si prefiere que le realicen medidas invasivas extraordinarias o si desea que no le hagan mayor tratamiento y lo dejen “descansar en paz”, incluso preguntar el lugar donde desean morir, si en la casa, el hospital o en otro lugar. Para esto es fundamental tomar en cuenta el sentido de arraigo que tiene el adulto mayor el mismo que está basado en su historia, costumbres, creencias y demás aspectos que hacen que catalogue ese espacio como “su hogar”.

Sobre estas preferencias al momento de enfrentar la muerte es que el código de ética y deontología del colegio médico del Perú en el año 2000, en su artículo 63 especifica que se respete el proceso natural de su muerte, sin recurrir a una prolongación injustificada de la vida. En este punto es fundamental que dicho proceso de tránsito del paciente terminal (de darse el caso) o el adulto mayor agonizante no solo esté acompañado de sus familiares más cercanos sino también que se le garantice el apoyo espiritual necesario que le permita mantener el principio de esperanza en el momento más trascendente en la historia del individuo según la creencia que profese.

No obstante, Sandoval (2016) precisa que la eutanasia es la administración de alguna sustancia letal con el fin humanitario de no hacer sufrir al enfermo (en este caso el adulto mayor agonizante) y acelerar su fallecimiento. No está permitida en la mayoría de los países y realizarla sería un delito culposo con pena de cárcel con el añadido de ser calificado como “pecado con pena de ir al infierno”, como expresa el autor. Mas allá de cuestiones legales o religiosas está claro que en el caso de la eutanasia más que el principio de empatía y de ayudar al enfermo agonizante a morir con dignidad se trata de una salida que busca agilizar el dolor de los familiares del paciente agonizante, los cuales, desde la comprensión de un duelo anticipado asumen que el sufrimiento de su familiar debe terminar sobre consignas como “ya sufrió bastante” o “es momento que descanse”.

2.1.2. Deterioro Cognitivo en el adulto mayor

- **Definición**

La clasificación internacional de enfermedades en su décima revisión (CIE10), en el año 1992 establece como definición de deterioro cognitivo referido a un síndrome debido a una enfermedad del cerebro generalmente crónica o progresiva, en la que hay un déficit de múltiples funciones corticales superiores (memoria, pensamiento, orientación, etc.). La consciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Al darse dicha alteración en la capacidad comportamental queda comprometido de manera significativa el aspecto funcional del adulto mayor con deterioro cognitivo ya que este afecta de manera significativa sus niveles de adaptación e independencia dentro de su medio y, por consiguiente, interfiere en su proceso de desarrollo, afectando de forma determinante su capacidad de producción.

Casanova (2004) asocia el deterioro cognitivo en el adulto mayor con el Deterioro de la Memoria Asociado con la Edad (DEMAE) el cual es un trastorno bastante común relacionado con el envejecimiento normal y el evidente incremento de la esperanza de vida en el ámbito mundial y nacional, con una mayor población de personas de la tercera edad y el consecuente aumento de enfermedades crónicas, propias de este segmento poblacional. Esta alteración de la memoria, en la mayoría de los casos, obedece principalmente a una modificación en el funcionamiento del hipocampo, asociado al establecimiento de la memoria en base a la experiencia directa con el adulto mayor (aunque puede darse también mediante la asociación de información con eventos significativos en su historia de vida). No obstante, es conocida la relación que hay entre la memoria y la adaptación ya que esta se basa en el establecimiento del aprendizaje significativo, la misma que, como ya se indicó está estrechamente ligada al proceso de adaptación en el medio de desarrollo del adulto mayor, para posteriormente para al posicionamiento y empoderamiento, los mismos que se ven afectados ante la presencia del deterioro cognitivo (DC) por ser una manifestación de compromiso orgánico cerebral (CCC).

- **Características**

Varela, Helver, Gálvez y Méndez (2004) afirman que el deterioro cognitivo está asociado a múltiples manifestaciones tanto orgánicas como psicológicas que son características de los pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo asociado a la edad, por lo que se observa como principal alteración en los niveles de asociación entre la edad y el deterioro cognitivo generando un aumento de la severidad del cuadro del paciente con (DC).

Otra característica que se observa dentro del proceso de deterioro cognitivo dentro del adulto mayor es que en algunos casos se establece relación entre el sexo femenino y el riesgo de presencia de deterioro cognitivo (DC) debido a la existencia de mayor longevidad en las mujeres. Sin embargo, esta información, con investigaciones relacionadas, ha sufrido modificaciones significativas tanto a nivel cualitativo como cuantitativo al revelar que no es el género sino el estilo de vida del paciente el que está asociada a la aparición del (DC) por lo que los casos de deterioro cognitivo (en particular de demencia tipo Alzheimer) se han reducido en un 20% especialmente en la incidencia entre obres de mayores de 65 años. Sin embargo, investigaciones demuestran que ser un cuidador de persona con (DC) es en sí mismo un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad de Alzheimer según Schumacher (2018) la misma que afirma que en Reino Unido, entre el 60-70% de los cuidadores no asalariados que cuidan de alguien con demencia son mujeres.

De igual forma un aspecto característico dentro de la aparición del deterioro cognitivo (DC) es que existe una relación entre la condición de analfabetismo y la frecuencia de deterioro cognitivo, es decir el bajo nivel académico está ligado con una baja en la estimulación intelectual, lo que constituye un factor de riesgo importante para la aparición del DC. Esta baja a nivel académico, como ya se dijo esta estrechamente ligada al aprendizaje, el cual constituye el cumulo de experiencias que tiene el adulto mayor con deterioro cognitivo (DC) antes de la aparición de la enfermedad y que le sirve como punto de partida para desarrollar de manera optima su proceso de adaptación y posicionamiento en su microsistema, es decir el nivel más inmediato donde se desarrolla el individuo (en este caso, la familia), meso sistema, la interacción entre 2 o más entornos en donde el adulto mayor antes de desarrollar la enfermedad se desarrolla

activamente (amigos y/o ex compañeros de trabajo), exosistema, es decir contextos más amplios que no incluye necesariamente a la persona como un integrante activo (comunidad cercana al lugar donde vive) y finalmente macrosistema, es decir, aspectos sociales y culturales en los que se desenvuelve el individuo y que están estrechamente ligados con su desarrollo a nivel integral según U. Bronfenbrenner en su teoría de los sistemas ecológicos.

Asimismo, el problema social constituye un factor de riesgo para la hospitalización de los pacientes con deterioro cognitivo por lo que la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo es compleja, no obstante, se establece que la depresión es un factor de riesgo para el desarrollo del DC, ya que esta está estrechamente relacionada con la relación con el ambiente en el que, como ya se indicó anteriormente, se encuentra el proceso de adaptación, posicionamiento y empoderamiento basado en las creencias que el paciente con deterioro cognitivo desarrolla hasta antes de la aparición de la enfermedad, no obstante, al hablar de episodio depresivo en el adulto mayor, se observa que esta obedece a una dinámica que, por paradójico que parezca, cumple la función de estructura en su medio de desarrollo más próximo y que conforma lo que se conoce como la “triada cognitiva negativa” de Aaron T. Beck, para referirse a los pensamientos catastróficos que tiene el paciente sobre “sí mismo”, “los demás” y “el futuro”, el mismo que sirve de caldo de cultivo para la aparición de manifestaciones asociadas al deterioro cognitivo.

Además, a nivel de control de esfínteres, Romero (2000) afirma que un signo característico dentro del deterioro cognitivo es la incontinencia urinaria (enuresis) y fecal (encopresis) y, en este sentido, esto constituye un factor etiológico del deterioro cognitivo no teniendo ninguna relación con el compromiso orgánico cerebral. Sin embargo no se descarta (al menos en el caso de la enuresis) una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso vegetativo relacionado con la inervación que se genera en la vejiga y la uretra mediante el sistema parasimpático (asociado al freno de la actividad metabólica del individuo preparándolo para el descanso) y somático (asociado a la aceleración de funciones corporales), ya que ambas partes del sistema nervioso vegetativo funcionan de forma sinérgica, es decir conjunta, por los centros medulares y encefálicos de manera antagónica ya que mientras el sistema nervioso parasimpático actúa como estimulador de la función vesical de contracción el sistema nervioso simpático actúa de forma inhibitoria.

Por otro lado, a nivel de sensación y percepción, existe presencia de episodios confusionales agudos, lo que implica tanto un peligro para el paciente adulto mayor con deterioro cognitivo, al estar expuesto de manera permanente a situaciones de peligro, como una preocupación constante tanto para la familia como para el entorno del cuidador. De cualquier manera, al constituir un conjunto de exigencias en el paciente con DC es fundamental que el personal encargado del paciente con DC (que usualmente es un adulto mayor dependiente) esté entrenado en nociones básicas de cuidado y en el conocimiento de la realidad del adulto mayor con deterioro cognitivo.

En este punto se evidencia una asociación entre deterioro cognitivo y la privación sensorial, en particular una disminución en la audición, lo que hace difícil no solo el mantenimiento de las relaciones interpersonales sino también, como consecuencia de esta, una disminución en la capacidad interactiva, perjudicando de manera significativa la capacidad de integración con grupos presenciales (y virtuales) a nivel social y con ello su adaptación en su entorno específico.

Finalmente, contrariamente a lo que se obtiene en cuanto a informaciones del paciente adultos mayores con deterioro cognitivo, está relacionado con la presencia de desnutrición del paciente lo que genera complicaciones para la salud del paciente. En este punto es importante precisar que los atracones, en el caso de que el adulto mayor no este en una residencia geriátrica, son bastante constantes sobre todo durante la madrugada donde los cuidadores familiares se encuentran descansando después de haber atendido a su familiar, esto es administración de medicinas, acompañamiento de los rituales que el paciente adulto mayor con deterioro cognitivo tiene como preparación antes de dormir.

- **Criterios para el diagnóstico de trastorno neurocognitivo menor y mayor según el DSM -V**

Para poder ubicar el diagnóstico de los trastornos neurocognitivos menor y mayor, el manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales en su 5ta edición (DSM V) presenta, dentro de los trastornos neurocognitivo menor y mayor, los siguientes criterios para reconocer la presencia de indicadores de deterioro cognitivo (DC) asociados a las evaluaciones psicométricas y funciones cognitivas y motoras tomadas en muestras significativas con pacientes con DC:

▪ **Trastorno neurocognitivo menor**

Se habla de un trastorno neurocognitivo menor o declive cognitivo menor cuando hay evidencia de deterioro en uno de dos dominios de las capacidades cognitivas del individuo tomando en cuenta la historia previa a la aparición del declive del paciente adulto mayor con deterioro cognitivo en uno o más de los dominios referidos en consulta. Esto se observa tomando en cuenta el registro de la rutina de actividades e intereses que tenía el paciente previo a la aparición del cuadro clínico. Dentro de los criterios para concluir o diagnosticar trastorno neurocognitivo menor se encuentran los siguientes:

- a. Presencia de preocupación de parte del individuo, de un tercero informado o del profesional competente (es decir psiquiatra, psicólogo o neurólogo) respecto a un declive mínimo de las funciones cognitivas del paciente adulto mayor, esto es excesiva dispersión, cambio en la manera de desarrollar su rutina de actividades, incoherencias en el contenido de su discurso, alteración de la identificación de los objetos y personas (en especial si es que son frecuentes en su contexto más próximo)
- b. Evidencia de deterioro en la evolución neuropsicológica, implicando un desempeño en las pruebas correspondientes y con puntajes por debajo de los esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente. Cabe mencionar que en ella se toman en cuenta procesos metacognitivos como, memoria, calculo, repetición, seguimiento de instrucciones, orientación en tiempo espacio y persona, reconocimiento de datos personales (nombres y apellidos, edad, sexo, estado civil entre otros). Añadido a eso es importante observar y evaluar la coherencia y actualidad de su discurso siempre centrado en el aquí y ahora.
- c. Evidencia de que el deterioro cognitivo afecta el normal desarrollo de sus actividades ya sea dentro y fuera de casa. En este sentido es necesario tomar en consideración si los déficits cognitivos son insuficientes para interferir

con la independencia en actividades (como la autoadministración de medicamentos, manejo de dinero) haciendo hincapié en la necesidad de esforzarse un poco más, utilizar otras estrategias que le permitan alcanzar los objetivos de las tareas o hacer ajustes en el espacio físico a fin de mantener la independencia a la que ya está habituado.

- d. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirio. En este punto, es preciso fundamentar que la importancia de la independencia del trastorno cognitivo menor de otro tipo de trastorno radica en el compromiso de la funcionalidad del individuo, en relación a la realización de actividades concretas y no a la percepción de la realidad, siendo necesario basar la evaluación en el rendimiento de los resultados de los protocolos aplicados de los a fin de no generar algún tipo de confusión durante el establecimiento de la presunción diagnóstica relacionada a otro cuadro clínico.
- e. Por tanto, es claro, tomando como base el párrafo anterior que los déficits cognitivos no son atribuibles a la presencia de otros trastornos psicológicos de forma primaria, ya que cada cuadro clínico guarda su independencia en lo que a criterios diagnósticos se refiere como es el caso del trastorno depresivo mayor o esquizofrenia. Por eso es fundamental hacer el descarte del conjunto de síntomas a fin de establecer el síndrome preciso asociado al (DC), a fin de llegar a la conclusión más acertada (en caso de evaluación psicológica) o de tratarse de un diagnóstico clínico en caso de realizarse un abordaje médico.

▪ **Trastorno neurocognitivo mayor**

Se habla de trastorno cognitivo mayor o declive cognitivo mayor cuando se evidencia un deterioro sustancial en uno o más de los siguientes dominios del paciente adulto mayor con DC, es decir hay una preocupación por parte del individuo, de un familiar informado o un especialista (neurólogo, psiquiatra o psicólogo) sobre la aparición de una disminución sustancial en las funciones cognitivas del individuo.

De igual manera, se habla de trastorno neurocognitivo mayor cuando en las pruebas neuropsicológicas de descarte de DC queda evidenciado un declive en su desempeño en dos o más rangos de dominio previo al motivo de evaluación del paciente con deterioro cognitivo. Dentro de los criterios para concluir o diagnosticar trastorno neuro cognitivo mayor se encuentran los siguientes:

- a. Los déficits cognitivos muestran evidencia de ser suficientes para interferir con la independencia del paciente adulto mayor previo a la aparición de las manifestación de deterioro cognitivo, ya que en este punto, el paciente con trastorno neurocognitivo mayor ya precisa de asistencia para el desarrollo tanto de actividades para la vida diaria como para tareas un poco más complejas para su propio sostenimiento como la administración de los medicamentos, manejar dinero o hacer tareas complejas que anteriormente realizaba con total fluidez.
- b. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium. Como en el caso de deterioro cognitivo menor, es necesario precisar que la importancia de la independencia del trastorno cognitivo mayor de otro tipo de trastorno es fundamental para establecer la identificación del síndrome a fin de no generar algún tipo de confusión durante el establecimiento de la presunción diagnóstica, la misma que va al más adecuado abordaje médico pertinente.
- c. Finalmente, los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales, como en el caso del trastorno depresivo mayor o esquizofrenia, ya que en materia de independencia diagnóstica, el trastorno cognitivo mayor, por ser un síndrome claramente definido con una idiosincrasia sintomática, cumple con los criterios para ser reconocido como un trastorno per se y no como una etapa de un trastorno del estado de ánimo como la depresión o alguna alteración de la capacidad de procesamiento de la información con compromiso cortical como en el caso de la esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico.

- **Clasificación clínica del concepto de deterioro cognitivo asociado al de demencia en el adulto mayor**

Oliver (2015) establece que la clasificación clínica para entender el concepto de deterioro cognitivo (DC) debe estar asociada a la definición de demencia (del latín “Dementia”) del prefijo “De” que significa “privación” y “Mens” es decir, inteligencia; lo que se traduciría como “privación o desaparición del intelecto o razonamiento” y cuya etimología y definición fueron abordadas el año 600 por San Isidoro de Sevilla para seguir una evolución el término a la especificación de términos psiquiátricos desde hace 150 años primero de manera general hasta especificar el proceso adquirido relacionado con el paso del tiempo caracterizado por un déficit en las funciones cognitivas y, por consiguiente, también ejecutivas. En 1994 se fijaron los criterios diagnósticos para diferenciarlos de otros trastornos psicológicos, lo que marca una línea divisoria entre el proceso de deterioro cognitivo relacionado con la integración y adaptación del individuo y alteración en el procesamiento de información característico de los procesos metacognitivos.

De igual manera, Armas, Carrasco, Valdez y López (2009) plantean el término “deterioro cognitivo leve”, cuya traducción en inglés es *mild cognitive impairment* (MCI) propuesto por Peterson y que hace alusión a los individuos que presentan pérdida de la memoria que se da de manera sintomática y progresiva. En este punto, los criterios diagnósticos para establecer los casos de demencia quedan confirmados con las quejas persistentes respecto a la pérdida de memoria tanto subjetiva con aquellas asociadas a la edad y al nivel académico del paciente adulto mayor y de su entorno y que no cumple con los criterios para determinar si se trata de un caso de demencia.

En este punto, serrano, Allegri, Caramelli Taragano y Camera (2007) citan los criterios de inclusión del deterioro cognitivo leve según Petersen relacionándolos con la confirmación de los acompañantes del

paciente adulto mayor con deterioro cognitivo los cuales son: 1) Queja de pérdida de memoria corroborada por un informante o familiar del adulto mayor, 2) Deterioro de memoria en relación con los sujetos de la misma edad y nivel educacional del paciente. 3) Funciones cognitivas globales normales con compromiso ejecutivo de las mismas, 4) mantenimiento de la integración del individuo mediante la práctica de actividades de la vida diaria, 5) evidencia de ausencia de demencia.

2.1.3. Cuidadores de personas con deterioro cognitivo

- **Tipos de cuidadores**

Al respecto, Sandoval (2016) afirma que en el 90% de los casos el cuidador de una persona con deterioro cognitivo en el medio local es un familiar directo (generalmente la esposa, algún hijo/ja soltero/era, un nieto o, en situaciones más alejadas, sobrinos ahijados y otros que no reciben ni salario ni certificación por las tareas que realiza y que son propias de la labor de un profesional encargado del cuidado de personas con deterioro cognitivo, las mismas que en la mayoría de los casos son pacientes dependientes; careciendo de todo entrenamiento previo para este desempeño.

A este tipo de cuidador, según Sandoval (2016) se le conoce con el nombre de cuidador informal; mientras que la persona que recibe un entrenamiento y un pago en compensación por su trabajo de cuidador, con horario de entrada y salida, y que tiene la acreditación (es decir un certificado que sirva de constancia o licencia para el ejercicio de dicha labor) se le conoce como cuidador formal o institucional.

- **Bases de la necesidad de profesionales entrenados para cuidadores de personas con deterioro cognitivo**

La labor del cuidador, como la de cualquier actividad relacionada con la atención de pacientes dependientes y, con mayor razón, con evidencia

y diagnóstico de deterioro cognitivo (DC) certificado, debe descansar sobre las bases no solo de una adecuada preparación metodológica sino también de un blindaje emocional que les permita no solo desarrollar su labor de manera óptima sino también preservar su salud a fin de prevenir brotes de sobrecarga que le dificulten no solo el desarrollo del trabajo sino también pongan en riesgo su salud integral.

Al respecto, Fernández (1990) citó a Gilleard (1984) al sostener que esta justificación está relacionada con la alta demanda en la actualidad de cuidadores entrenados en el manejo del estrés que acarrea su función, ya que se pone de manifiesto que en la mayoría de los casos cumplen con los criterios para el diagnóstico de depresión mayor y síntomas de distorsión con alteración psicopatológica. Cabe señalar que dicha labor de autocuidado en el cuidador institucional no solo debe realizarse dentro de los ambientes laborales sino también debe ser parte de su estilo de vida y que le servirá de herramienta para la generación de factores protectores tanto a nivel laboral como personal para prevenir cuadros de estrés.

A ese proceso se le ha denominado “caregiver strain”, “caregiver stress” y “caregiver burden”, al identificar las consecuencias desfavorables para la salud física y emocional del cuidador, las relaciones familiares y actividades sociales y recreativas. Wright (1993) ha definido este estresor como la “carga del cuidador”, fruto del impacto del estrés percibido y que producto de la acumulación termina el cuidador institucional por colapsar a nivel emocional llegando no solo caer en errores dentro de la labor que realiza sino también en muchos casos en deserción laboral y, en los casos más extremos, en el desarrollo de somatizaciones que pongan en riesgo su salud.

2.1.3.1. Estado de salud del cuidador

- **Definición de estado de salud del cuidador**

Sobre este en particular, el 19 de julio de 1946 en la conferencia sanitaria internacional organizada por la organización mundial de la salud (OMS) en el preámbulo de la constitución de la organización mundial de la salud (firmada por los representantes de 61 estados la misma que entró en vigor el 7 de abril de 1948 y que no ha sido modificada desde entonces) expresó lo siguiente: “la salud es un estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades”.

Esta definición, en un sentido tácito, no solo habla de la salud en materia clínica y (para efectos del estudio) desde una dimensión psicopatológica, entendiéndolo el sentido del término como ausencia de enfermedad psicológica, sino también en un sentido patopsicológico ya que busca por sobre todo no solo el óptimo estado de salud del individuo sino también la plenitud y el mantenimiento de su calidad de vida, en lo que a potencial de desarrollo y capacidad de disfrute se refiere, relacionándola con la integridad de su proceso evolutivo como individuo dentro de su medio de desarrollo y, por tanto, se trata de un fenómeno multidimensional que trasciende y abarca la competencia estrictamente médica para relacionarse, no solo con la biología y la psicología, sino también con la política y la economía, terminando por convertirse en un asunto no solo individual sino también colectivo, abarcando incluso las políticas y organismos sanitarios que rigen los estados.

Asimismo, Pardo (1997) define a la salud como “el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo”, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso. Esta definición está estrechamente relacionada con la capacidad ejecutiva que tiene el individuo y que lo impulsa a la generación de producción, en tanto en cuanto, tenga las condiciones necesarias para poder expresarse en plenitud y libertad, siempre desde una dimensión de la calidad de vida.

No obstante, dado que no hay una definición lo suficientemente clara y general y, tomando ambos puntos de vista, adaptándolos a la realidad del cuidador, se entiende como salud a la realidad del cuidador como un complemento multidimensional y multicausal que lo lleva al establecimiento de hábitos que le permiten al cuidador superar obstáculos y seguir viviendo, sin secuelas físicas, es decir, somatizaciones, que

pongan en riesgo su integridad y funcionalidad alterando así no solo su calidad y estilo de vida si no también sus proyectos y aspiraciones en el futuro.

- **Alternativas intervención del estado de salud del cuidador.**

Sobre las bases de la calidad de vida, una alternativa que trajo resultados favorables fue la que realizaron Peinado y Garcés (1997) la cual consistió en establecer una programación de sesiones formativas-terapéuticas que impulsaron la mejora de las condiciones previas que cualquier cuidador principal ante la enfermedad del paciente dependiente (el cual era, en muchos casos, adultos mayores con deterioro cognitivo) y que se trabajaron en dichas condiciones según fueran apareciendo conforme la enfermedad fuera avanzando. De esta manera, se trabajaron los siguientes aspectos propios del rol del cuidador: Atención al enfermo, Calidad de las relaciones familiares, sensación de bienestar, formas de vivir la enfermedad, forma de afrontar la muerte, forma de disfrutar el tiempo libre, la enfermedad, sentimientos de culpabilidad y habilidades sociales diversas.

2.1.3.2. Distrés en el cuidador de personas con deterioro cognitivo.

a. Definición.

Moscoso (2011) sostiene “cuando la respuesta del estrés se transforma en un proceso crónico, esta respuesta facilita el inicio de un estado de distrés emocional en el que se observa un conjunto de síntomas psicológicos, caracterizados por estados de ansiedad, depresión e ira”. En este punto conviene precisar, dentro de lo que conocemos como estrés, existen dos tipos según la exposición del estímulo, el distrés el cual desde el enfoque neuropsicológico consiste en un desborde de cortisol asociada a la amígdala cortical y que lleva al individuo a desarrollar estados de preocupación, frustración, rabia impotencia tristeza entre otros que afecten de manera negativa su salud a nivel emocional y por otro lado, el eustres, el mismo que es una segregación de dopamina y serotonina, asociadas a la capacidad de disfrute y plenitud en el individuo y que cumple

un papel fundamental en el proceso de ejecución y producción del cuidador de personas con deterioro cognitivo.

En consecuencia, y desde la dimensión psicopatológica, Moscoso (2011) añade que el estado de distrés emocional produce un impacto negativo en el sistema nervioso autonómico activando cambios bioquímicos y un desbalance hormonal que repercute en los sistemas endocrino, inmunológico, y en el estado de salud del individuo, alterando así su normal desarrollo no solo laboral sino también social, alterando de esta manera su estado de salud en relación con su capacidad socioafectiva.

b. Factores que suscitan el distrés en el cuidador.

Desde el punto de vista cognitivo conductual y tomando como referencia la estructura del análisis funcional (estímulo discriminativo, respuestas con sus parámetros y estímulos reforzadores), es necesario precisar cuáles son los factores que suscitan el distrés en el cuidador de personas con deterioro cognitivo.

Peinado y Garcés (1998) plantean que son numerosos los factores capaces de suscitar el distrés en el cuidador de la persona con deterioro cognitivo, de los cuales destaca principalmente dos, por un lado 1) los estresores producidos por la enfermedad del adulto mayor con deterioro cognitivo, es decir, estatus funcional del paciente, duración de la enfermedad, conductas problema que dificultan su adaptación, encontrar una persona adecuada para que ayude a cuidar al enfermo en las necesidades de su diario vivir, tensión producida por los cambios repentinos de humor del paciente dependiente, incertidumbre sobre la evolución y el tiempo que se prolongará la enfermedad y necesidad de hacer gastos para atender a la persona con deterioro cognitivo (que por lo general es un adulto mayor) y por otro 2) los estresores producidos por las características del cuidador y las variables contextuales, es decir, características demográficas y socioeconómicas del cuidador, estado de salud del cuidador, red (o redes) y sistemas sociales de apoyo.

Todo ello constituye un macrosistema en el que no solo se desarrolla el adulto mayor, cuando esta en la plenitud de su capacidad funcional sino también el cuidador, sea familiar o institucional, cuando se encuentra frente a la situación del paciente dependiente con deterioro cognitivo (DC).

2.1.3.3. Sobrecarga en el cuidador de personas con deterioro cognitivo

Predictores de sobrecarga en cuidadores con deterioro cognitivo

Peinado y Garcés (1998) plantean 3 las categorías definidas como factores predictores del padecimiento de sobrecarga: A) Intrapersonales: es decir recogen las variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sus sentimientos, pensamientos, sus emociones, sus actitudes, etc. B) Familiares: hacen referencia a las variables relacionadas con la familia que pueden por sí mismas generar situaciones aversivas, o bien juegan un papel importante en la interacción continua cuidador - familia - enfermo. C) Interpersonales o ambientales. Recogen las variables no relacionadas con el contexto familiar y otros ámbitos que pueden originar fricciones importantes (amigos, estilos de vida, hábitos de ocio, etc.).

Asimismo, Camacho (2010) citó a Robinson al clasificar la sobrecarga emocional experimentada por el cuidador como objetiva y subjetiva; es decir, se habla de sobrecarga emocional objetiva porque está relacionada con el desempeño de las tareas de cuidador, como por ejemplo, bañar al paciente dependiente, alimentarlo, evitar posibles riesgos con instrumentos con los que pueda generarse algún tipo de daño y, por otro lado, se habla de sobrecarga emocional subjetiva al referirse al plano emocional del cuidador del paciente con deterioro cognitivo, es decir, las emociones y sentimientos que vienen como consecuencia de la realización de la labor de custodia del paciente dependiente, con lo cual queda evidenciada la relación que existe entre el cuidador y los estímulos a los que está expuesto durante la ocupación de cuidador en el contexto de trabajo con las estrategia que maneje para desarrollar los filtros emocionales que le permitan preservar tanto su salud como su labor.

Al respecto, Camacho (2010) añade que la sobrecarga emocional del cuidador de la persona con deterioro cognitivo fue definida por muchos modelos sociales, de los que se destacado tres modelos relacionados con el aspecto contextual: a) la relación de la sobrecarga del cuidador con el tipo específico de deterioro cognitivo que experimenta la persona dependiente con las necesidades que conlleva, b) la manipulación de

instrumentos que miden dimensiones como calidad de vida, o presencia de síndromes psicopatológicos, como ansiedad, depresión o escalas de calidad de vida en el cuidador y c) el derivado de la teoría general del estrés, donde el cuidador tiene que enfrentarse a determinados factores estresores y a las respuestas que se desencadenan y que constituyen el impacto emocional. Estos modelos son más específicos ya que se basan en la relación estrecha que hay entre el cuidador, la labor que desarrolla en materia de estrategias y entrenamiento para la labor y el impacto frente a la persona con deterioro cognitivo.

2.1.4. Atención plena o “Mindfulness”

a. Definición

El concepto de mindfulness ha evolucionado con el paso del tiempo y que ha tenido múltiples aplicaciones tomando en consideración los objetivos que se buscan tanto a nivel grupal como individual. Mañas (2011) plantea que la “atención plena” o “Mindfulness” es una técnica basada en tradiciones ancestrales originarias del budismo y que han empezado a tomar fuerza en lo que a su utilización a nivel terapéutico y rutinario.

El origen del mindfulness data de unos 30 años, en lo que a su práctica se refiere, en Estados Unidos y España, siendo hasta la fecha parte de la atención de la Psicología Clínica y ha sido incluida dentro de numerosas terapias psicológicas y programas de tratamiento para el manejo de estrés y como complemento en los abordajes de trastornos del estado de ánimo.

De esta manera, Mañas (2011) citando a Bishop (2004), plantea que “la psicología contemporánea, ha adoptado al Mindfulness como una técnica para incrementar la consciencia y para responder más habilidosamente a los procesos mentales que contribuyen al desarrollo de trastornos psicopatológicos y a otro tipo de problemas del comportamiento”, por lo que cuando se habla de incremento de consciencia se refiere a situar al practicante (en este caso el cuidador de personas con deterioro cognitivo) en el “aquí ahora” generando de esta manera el inicio del proceso

de desenganche que le permita separar su percepción de la realidad de las asociaciones con recuerdos previos que los predisponen a desarrollar respuestas desfavorables no solo para su rendimiento laboral sino también para su calidad de vida y, con ello el mantenimiento de su estado de salud de manera favorable.

b. “Mindfulness” contemporáneo. Breve historia.

En lo que se refiere a la evolución del concepto y la técnica de Mindfulness, Moscoso (2015) plantea que la “atención plena” o “Mindfulness” es la traducción inglesa de la palabra “Sati”, la cual a su vez procede de la lengua “Pali”, de la tradición budista. Dicha tradición dista de unos más de 2,600 años en la práctica meditativa.

En este punto, es aquí donde el desarrollo contemporáneo de la práctica de “Mindfulness” en el mundo occidental sigue los lineamientos de la orientación vipassana que significa ‘ver claramente’ y que está basada en los cuatro fundamentos de “Mindfulness” que permiten a la mente liberarse de los estados dilucionales, el odio, y la ambición con el fin de terminar el «sufrimiento de la persona». Este “sufrimiento de la persona” constituye el objetivo de modificación para todos aquellos que se inician en la práctica de la atención plena teniendo como técnica de trabajo el cultivo del desapego orientando al practicante, en este caso el cuidador de la persona con deterioro cognitivo, en el enfoque centrado en el “aquí y ahora”.

Moscoso (2015) cita a Grossman y Van Dam, (2011) al afirmar que la práctica de “Mindfulness” ha sido reconocida como «el corazón» de la meditación budista y ha sido descrita tradicionalmente por el concepto del dharma como una expresión de “lawfulness”, o simplemente entendido por «la manera como son las cosas». Como se puede ver la estrategia del mindfulness consiste en observar los acontecimientos que rodean la vida del participante sin valoraciones que son precisamente lo que lo desencadena en sentimientos de dependencia cuando están y de dolor cuando se alejan del practicante de mindfulness.

Además, añade Moscoso (2015) al plantear que contemporáneamente, la práctica de mindfulness se inicia en los Estados Unidos de América en 1979. Su fundador fue Jon Kabat-Zinn, el cual implementó un programa formal de reducción de estrés denominado “Mindfulness Based Stress Reduction” (MBSR) (o “Mindfulness Basado

en la Reducción de Estrés”, en español) en el centro médico de la Universidad de Massachusetts. Esta podría ser tomado como el debut de la practica de mindfulness en el campo no solo medico sino también académico al generar protocolos que permitan no solo aplicarlo en situaciones específicas sino también socializarlo a fin de complementar los hallazgos obtenidos mediante el programa (MBSR).

De igual manera continua Moscoso (2015) citando a Kabat-Zinn (1990) al mencionar que el propósito de este programa fue ayudar a pacientes afectados por dolor crónico, quienes no lograban encontrar mejoría a través de los servicios médicos convencionales que el hospital les ofrecía, sirviendo de complemento y/o refuerzo de los programas desarrollados hasta esta época.

El programa formal de (MBSR) adaptado por Kabat - Zinn incluye tres partes: 1) meditación en posición sentada (prestando la atención a la respiración para luego extender dicha atención hacia la observación de los estados mentales, emocionales y acontecimientos estresantes de rutina, 2) la exploración «escaneo» corporal (BodyScan), que tiene como meta prestar atención a las diferentes áreas corporales y cultivar un elevado estado de conciencia acerca de las bondades y limitaciones del cuerpo físico, y 3) Hatha yoga o mindfulness del movimiento corporal, el cual incluye prestar atención a la respiración y a los movimientos físicos de estiramiento corporal, siendo la principal beneficiada la estructura orgánica de individuo que es la primera que se altera ante la presencia de cortisol que desencadena el distrés percibido y la sobre carga del practicante, en este caso el cuidado de personas con deterioro cognitivo.

Así el autor ese mismo año cita a Ludwig y Kabat - Zinn (2008) y a Kabat -Zinn (1990) al afirmar que el modelo (MBSR) en la forma de un curso de entrenamiento de ocho semanas para pacientes externos ofrece sus servicios bajo los lineamientos de un programa educacional a través del cual los participantes expresan un elevado grado de responsabilidad por el cuidado de su salud y bienestar personal. Cabe señalar en este punto que la aplicación del programa (MBSR) y la psicoeducación constituyen el complemento perfecto no solo para esclarecer las dudas de los cuidadores de personas con deterioro cognitivo en lo que a los efectos del distrés y la sobrecarga emocional en sus vidas laborales (rol del cuidador) y personales (rol de persona).

Moscoso (2015) afirma que, a la fecha, el programa de (MBSR) ha tenido un significativo éxito y ha causado buen impacto en otros centros hospitalarios y académicos de los Estados Unidos de América, Canadá, Australia y Europa, y su desarrollo continúa actualmente en varios países de habla hispana, incluyendo Perú. En la actualidad, el desarrollo del programa (MBSR) dirigido por Kabat-Zinn, ha permitido la expansión de su labor en el área de formación y entrenamiento profesional, el cual tiene implicancias muy importantes en la forma como se ofrece el entrenamiento terapéutico para la práctica clínica y estándares de competencia profesional, siendo una herramienta no solo de abordaje o prevención de cuadros de estrés y sobrecarga sino también como una herramienta de la que disponen los cuidadores de personas con deterioro cognitivo para el fortalecimiento de su calidad de vida.

Más tarde, Moscoso (2015) cita a Segal, Williams y Teasdale (2002) al resaltar que presentaron la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM) con el propósito de que mediante este programa quedan asistidas todas aquellas personas con diagnóstico de depresión clínica en su esfuerzo por no volver a experimentar un episodio recurrente de crisis depresiva, como lo expresa Teasdale (2000), por lo que se llega a la conclusión que la práctica del mindfulness complementada con la dialéctica terapéutica constituye el matrimonio perfecto en el entrenamiento en el “aquí y ahora” en atención, obtención, selección, procesamiento, programación de la información y verificación del error, todas ellas unidades funcionales del lóbulo frontal y que constituyen el paradigma de identificación para el cultivo de una sensación y percepción del contexto que rodea al participante (el cuidador de persona con deterioro cognitivo) centradas las dos en el “aquí y ahora”

Asimismo, Moscoso (2015) cita a Ramel, Goldin, Carmona y McQuaid, (2004) al afirmar que el marco teórico de la TCBM se basa en los fundamentos del programa de MBSR, y también incluye un periodo de entrenamiento de ocho semanas, establecidas por medidas metodológicas para evitar la saturación del participante, que en este caso es el cuidador institucional. Este modelo terapéutico entrena a los participantes con diagnóstico de depresión clínica bajo las pautas generales de la terapia cognitiva en adición al modelo clínico educativo de MBSR, siguiendo las bases de la relación entre psicoeducación, atención plena y fundamentos neuropsicológicos necesarios para el sostenimiento científico – clínico del programa (MBSR).

Además, Moscoso (2015) cita a Ma y Teasdale (2004) al afirmar que el manual clínico de TCBM publicado en el año 2002 pone gran énfasis en la prevención de recaídas basado en el principio conceptual de reactividad emocional y cognitiva de los estados emocionales como la depresión o ansiedad (en cuidadores de personas con deterioro cognitivo) los cuales han adquirido un significativo aprecio por parte de la comunidad científica de Europa y los Estados Unidos de América. Su desarrollo, además, continúa en Escandinavia, Australia y Canadá, llegando a trascender su aplicación a América Latina. Hoy en día, dentro de los trabajos terapéuticos, en lo que se refiere al abordaje de los trastornos emocionales se evidencian resultados favorables gracias a los acercamientos a la (TCBM), tomando como referencia el principio de desensibilización sistemática y procesamiento de información del participante que en este caso es el cuidador institucional de personas con deterioro cognitivo.

Además, la autora ese mismo año cita a Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo y Linehan (2006) al afirmar que el concepto, en adición a los programas de mindfulness, ha sido incorporado en otros dos modelos psicoterapéuticos de gran interés dentro de la psicología contemporánea, la terapia de conducta dialéctica (DBT) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT), y es que, por un lado, la (DBT) constituye un paradigma multifacético que incluye un conjunto de procedimientos cognitivos y conductuales dirigidos a crear un cambio en la manera de pensar, sentir y comportarse como lo indica Moscoso (2015) citando a Linehan (1993) y la (ACT) tiene como marco teórico al modelo cognitivo-conductual de tratamiento psicoterapéutico, en el cual se incorpora el concepto de mindfulness dentro del contexto de la observación de sí mismo y la aceptación como lo indica Moscoso (2015) citando a Hayes y Feldman, (2004). En este sentido, el trabajo de conexión con el presente o el establecimiento de un estado de presencia sin valoraciones de ningún tipo trae como resultado el desenganche de emociones que alteren la percepción del participante y con ello sus respuestas de orden funcional.

Moscoso (2015) afirma que, de manera similar al programa de (MBSR), los pacientes son instruidos a observar y experimentar sus sensaciones corporales, pensamientos y emociones sin elaborar juicios de valor, como en el caso del “BodyScan” que establece una estrecha relación entre zonas del cuerpo específicas y las

emociones y que se complementa de manera idónea con otras terapias que buscan el abandono de las valoraciones.

Finalmente, queda demostrado que una de estas terapias es la (ACT), la misma que es en sí misma un modelo psicoterapéutico que explícitamente recomienda a sus pacientes abandonar cualquier intento de controlar los pensamientos y emociones, desarrollando una noción de aceptación y compromiso desde un punto de vista constructivo de su vida; con lo cual demuestra que sirve como complemento dentro del abordaje terapéutico en la Terapia cognitivo conductual (TCC).

c. Componentes de la atención plena o “Mindfulness”

Vásquez (2016) plantea que los componentes del Mindfulness provienen del budismo zen, siendo estos los siguientes:

a) Atención al momento presente: el practicante de mindfulness buscara el desenganche de las valoraciones que le generan reacciones corporales y estados emocionales producto de las experiencias del pasado, las mismas que constituye a base de sus condicionamientos a mediano y largo plazo, constituyendo estos la base de sus aprendizajes significativos.

b) Apertura a la experiencia y aceptación de esta: en este punto al participante se le propone tener la mayor disponibilidad posible al entrenamiento en exposición a aquellas emociones y sensaciones que le generan rechazo y dificultades en el desarrollo de su actividad, así como en el desarrollo de su diario vivir.

c) Desapego de algo a lo que el individuo se aferra: durante la práctica del mindfulness se le invita al participante a identificar aquello a lo que se esta aferrando y que le genera estados de animo que atentan contra su productividad y su calidad de vida. Cabe señalar que el objeto al que se aferra el individuo constituye el detonante para la generación de dependencia de manera específica.

d) intención de continuidad: a la luz de los resultados obtenidos, se le invita al participante del programa basado en mindfulness a continuar con el entrenamiento después de las sesiones de trabajo (que por lo general son 8 sesiones) a fin de iniciar el camino hacia el establecimiento de hábitos para el incremento de la calidad de vida necesaria para su proceso evolutivo.

d. Atención plena o “Mindfulness” en occidente

La realidad de la práctica de la atención plena o mindfulness en occidente ha dado un salto cuantitativo en materia de evidencia científica, ya que se observa que ha habido una evolución, no solo en lo que a altas de casos clínicos de trastornos del estado de ánimo se refiere, sino también para prevenir los eventos ansiógenos y preservar la calidad de vida de los practicantes de la atención plena mediante el establecimiento de hábitos que les permita desarrollar factores protectores como dice la “Sociedad Mindfulness y salud” (2020): “Durante los últimos 30 años, la práctica de “Mindfulness” o Atención Plena está integrándose a la Medicina y Psicología de Occidente. Es aplicada, estudiada científicamente y por ello reconocida como una manera efectiva de reducir el estrés, aumentar la autoconciencia, reducir los síntomas físicos y psicológicos asociados al estrés y mejora el bienestar general”.

e. Beneficios de la práctica de la atención plena o “Mindfulness” para los cuidadores de personas con deterioro cognitivo

Sobre este en particular “Sociedad Mindfulness y Salud” (2020) respecto a los beneficios de la practica de mindfulness afirma que se ha reportado, por testimonio de los participantes en programas de mindfulness, mejoras no solo en la aparición de trastornos del estado de ánimo sino también evidenciaron mejoras en su estado de salud y por consiguiente en su calidad de vida.

En este sentido la “Sociedad mindfulness y salud” plante como beneficios obtenidos dentro de la práctica los siguientes:

a) Estar plenamente en el presente, en el aquí y ahora, ya que permite al practicante de mindfulness estar conectado en el contexto y/o realidad que se encuentra sin valoraciones de ningún tipo a fin de poder superar las adversidades y desarrollar el sentido de resiliencia que garantice tu aprendizaje y evolución a nivel de roles dentro del medio.

b) Observar pensamientos y sensaciones desagradables tal cual son, sin interpretaciones que alejen al participante de la objetividad y lógica de aquello que está pensando, entendiendo que estos tienen un inicio, un desarrollo y un desenlace.

c) Conciencia de aquello que se está evitando a fin de poder confrontarlo, verificar la realidad de su naturaleza y percibirlo con objetividad libre de valoraciones que alteren su percepción.

d) Conexión con uno mismo, con los demás y con el mundo que nos rodea, a fin de evitar conflictos relacionados con generadores de eventos ansiógenos que alteren la calidad de vida y el estado de salud del practicante de mindfulness.

e) Mayor conciencia de los juicios objetivos que le permitan establecer alternativas de solución sobre problemas específicos centrados en el aquí y ahora.

f) Aumento de la conciencia de sí mismo a fin de establecer el principio de autoaceptación, el cual es fundamental en el desarrollo del autoconcepto, autonomía, autoestima y asertividad, piezas medulares en la estructura del soporte emocional del practicante de mindfulness.

g) Menor reacción frente a experiencias desagradables a fin de reducir los niveles de movilización que desencadenan en la aparición de trastornos emocionales que alteren los estados de salud de los practicantes de la atención plena o mindfulness.

h) Menor identificación con los pensamientos o creencias irracionales y/ discapacitantes, a fin de no mimetizarse con el contenido de estos (no soy lo que pienso) y asegurar su estabilidad frente a las contingencias que surjan en el diario vivir del practicante de mindfulness.

i) Reconocimiento del cambio constante de pensamientos, emociones y sensaciones en el practicante de mindfulness respecto a la realidad en la que vive, a fin de poder adaptarse al cambio variable y prevenir el apego y/o dependencia a una zona de confort inexistente).

j) Mayor equilibrio, menor reactividad emocional, a fin de promover el principio de reflexión frente a una situación específica centrada en el aquí y ahora considerando las posibles consecuencias de las decisiones que tome.

k) Mayor calma y paz a fin de promover estados de vida saludable y con ellos factores protectores frente a la aparición de posibles estados de sobre carga, brotes de estrés y alteración del estado de salud del practicante de mindfulness.

l) Finalmente, mayor aceptación y compasión de sí mismo a fin de entender que brindar tranquilidad, relajación y salud es practicarlas como hábitos de vida saludable a fin de generar calidad de vida.

2.2. Investigaciones relacionadas con el tema

A nivel de investigaciones relacionadas se han encontrado resultados significativos, tanto nacionales como internacionales, y que sirven de indicadores de una realidad específica, sobre las cuales se sustenta el marco estadístico del estudio.

Molina, Iáñez e Iáñez (2004) realizaron, en coordinación con la universidad veracruzana, el estudio correspondiente al apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. Se utilizó el cuestionario sociodemográfico, el protocolo de entrevista de carga del cuidador y el cuestionario de apoyo social percibido. Se concluyó que es fundamental el desarrollo de una red de apoyo y sin demoras dentro del abordaje de la enfermedad. Finalmente, dentro de las líneas de atención futuras se concluye que se tomará como referencia modelos previos de cuidado sin posibilidades de explorar otras opciones a nivel de acompañamiento en la enfermedad.

Zambrano y Ceballos (2007), en coordinación con la Asociación Colombiana de Psiquiatría, realizaron un estudio sobre el síndrome de carga del cuidador. En dicho estudio se encontró que en países diferentes a Colombia se presenta una población altamente vulnerable con pobres estrategias de afrontamiento que favorezcan su proceso adaptativo. El objetivo del estudio fue hacer hincapié en que el concepto del síndrome de carga del cuidador (SCC) carece de discusión acerca de su validez y utilidad, por lo que existen grandes deficiencias teóricas y metodológicas para su manejo. El método que se utilizó fue a través de una presentación de un ensayo en el que es posible exponer los datos más significativos acerca de algunos de los estudios realizados al respecto y de toda la información que ayude a explicar la etiología del (SCC), a diferenciarlo de otros tipos de trastornos, además de considerar las intervenciones más adecuadas, y eficaces ante dicho problema y las controversias que pueden delimitarse en torno al tema. Se concluyó por medio de la presentación de diferentes variables como indefensión aprendida, interés social, personalidad resistente, género, demandas emocionales, estrategias de afrontamiento, percepción de autoeficacia y patrón de conducta tipo A, entre otros son promotoras de la aparición del (SCC), por lo que se demuestra la importancia de estudiar los factores relacionados con la sobrecarga y las diferencias entre los cuidadores, a la hora de definir las causas que lo expliquen.

Tartaglini, Clemente y Dorina (2007) realizaron un estudio sobre el apoyo social y el sentimiento de sobrecarga en cuidadoras de cónyuges con demencia en estadio leve y moderado. El objetivo fue analizar el impacto del apoyo social sobre el sentimiento de sobrecarga en el cuidador familiar (cónyuges de pacientes con demencia). Se utilizó el diseño descriptivo comparativo de corte transversal donde fueron seleccionadas 62 esposas de las cuales 30 y 32 cuidaban a personas diagnosticadas con demencia en estadio leve y moderado respectivamente. Se utilizó un cuestionario de datos generales, la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y un inventario de recursos sociales. Se encontró que las esposas de pacientes con demencia leve manifestaron mayor satisfacción con el apoyo recibido y evidenciaban un nivel menor de sobrecarga. Se administró un Cuestionario de Datos Generales, la Escala de Sobrecarga del Cuidador y un Inventario de Recursos Sociales. Resultados: Las esposas de pacientes con demencia leve manifestaron mayor satisfacción con el apoyo percibido y presentaban menor nivel de sobrecarga. Se concluyó, como en los casos anteriormente citados, que el factor asistencia en el caso de las cuidadoras, dependiendo del estadio de la enfermedad del paciente con demencia, constituye un indicador de incidencia de tolerancia y sobre carga de la enfermedad (Demencia en estado leve y moderado) respectivamente.

Cerquera, Granados y Buitrago (2012) realizaron un estudio sobre la sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Este estudio tuvo como objetivo determinar los niveles de sobrecarga que presenta una muestra de cuidadores de personas con demencia tipo Alzheimer. La muestra fue seleccionada de manera intencional, la cual debería tener como labor principal el cuidado y mantenimiento de algún familiar que padezca esta enfermedad. Se evaluaron 52 cuidadores, sin distinción de edad, género, raza o religión. La evaluación de la sobrecarga se hizo a partir de la Escala de Sobrecarga del Cuidador Test de Zarit, la cual busca identificar el nivel de sobrecarga. Simultáneamente se organizaron los datos sociodemográficos y se analizaron a través del programa estadístico SPSS versión 1.9. Los resultados arrojaron que el 65.4% no presenta sobrecarga, el 17.3% presenta sobrecarga leve y el mismo porcentaje presenta sobrecarga intensa. Se determinó que los datos sociodemográficos como el alto nivel de escolaridad, el elevado estrato socioeconómico y el parentesco están relacionados con la no sobrecarga.

Sánchez, Mourente y Olazarán (2000) realizaron un estudio sobre los beneficios de un programa de formación del cuidador en la demencia, la experiencia constituyó un piloto desde el enfoque de la enfermería especializada. El programa de formación fue de diseño propio. Se abordaron cuestiones previas como son la formación teórica de la demencia la identificación de los problemas que más alteran al cuidador, los cuidados del cuidador y los recursos socio sanitarios. Se encontró que la situación cognitiva y funcional de los pacientes permaneció estable en el transcurso del abordaje. Asimismo, los trastornos de conducta que siguieron aparecieron con igual frecuencia e intensidad, pero provocaban menos estrés en los cuidadores. Finalmente, tras el programa se evidenció una mejora en la afectividad de los pacientes.

Peinado y Garcés de los Fayos (1998) realizaron un estudio sobre el burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer. el objetivo de este trabajo fue describir los efectos emocionales que sufren los cuidadores familiares que asumen el papel de custodios de pacientes con Alzheimer en particular el denominado síndrome de burnout. se describen las variables que influyen en la manifestación del burnout a nivel social, familiar y personal modulando la relacion existente entre cuidador y paciente con Alzheimer. Asimismo, se pone de manifiesto la ausencia de programas de prevención que sirvan de contención frente a los efectos propios del síndrome. Finalmente se destacó la necesidad de implementar programas de intervención psicológica que provean pautas adaptativas de afrontamiento y control emocional a lo largo de las distintas fases de la enfermedad.

Bonzano y Cárdenas (2014) estudiaron los efectos de la practica del yoga en la disminución del estrés de los usuarios del centro de atención de medicina complementaria del Hospital II "Carlos Tuppia García Godos" perteneciente a ESSALUD en la ciudad de Ayacucho, 2014. Se trabajó con 30 usuarios con estrés del mencionado hospital, aplicándose la práctica del Yoga para determinar la verificación de los efectos investigados, así como criterios de inclusión y exclusión para seleccionar la muestra. Asimismo, como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista y el instrumento de recolección de datos mediante la prueba de autoevaluación del estrés de Julián Melgosa Mohedano (1995). Se determinó que la practica del Yoga es efectiva en la disminución del estrés en los usuarios.

Alvarado (2013), en coordinación con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Perú, realizó un estudio sobre el nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares de adultos mayores frágiles del centro de atención del adulto mayor “Tayta Wasi”. En dicho estudio se buscó determinar el nivel de agotamiento de los cuidadores familiares de los adultos mayores que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Centro de Atención del Adulto Mayor “Tayta Wasi”. Se trabajó con 48 cuidadores familiares que acuden al programa en el distrito de Villa María del Triunfo. Se utilizó la entrevista estructurada y la escala de Zarit ya validado (22 ítems). Se encontró que el 54,2% de cuidadores familiares presentan Sobrecarga Leve, seguido por el 31,3% de cuidadores familiares con Sobrecarga Intensa y el 14,5% de los cuidadores familiares evidencian una No Sobrecarga, con lo que se concluyó que los cuidadores familiares del adulto mayor que acuden al programa del adulto mayor en el Centro de Atención del Adulto Mayor “Tayta Wasi”, presentan una Sobrecarga emocional Leve.

López (2013), en coordinación con la universidad Ricardo Palma, realizó un estudio sobre la calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen”. Se buscó determinar el nivel de calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas concurrentes a los servicios de Enfermería de Geriátría, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I. Participaron 52 cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas que acudieron al H.N.G.A.I. Se utilizó la prueba de índice de Barthel (grado de dependencia del adulto mayor cuidado), cuestionario SF-36 (calidad de vida) y escala de Zarit (sobrecarga laboral). La recolección de datos fue realizada entre abril-julio 2012, aplicando las técnicas de revisión de historias clínicas y entrevistas. Se encontró que la mayoría de los cuidadores informales tenía 51 años o más y era mujer, con grado de instrucción superior; la dimensión mental fue la más afectada, siendo el rol emocional el de peor calidad de vida; con una mejor calidad de vida en la dimensión física con el rol físico y una sobrecarga baja, a pesar de que el adulto mayor con enfermedad crónica tenía una dependencia de grave a moderado. Se concluyó que la mayoría de los cuidadores informales indicó tener una mejor calidad de vida de forma global, aunque la dimensión mental se vio más afectada.

Parodi, Montoya, Rojas y Morante (2015) en coordinación con la Universidad San Martín de Porres, realizaron un estudio sobre factores de riesgo asociados al estrés del cuidador del paciente adulto mayor. Se estudiaron a 125 cuidadores principales de adultos mayores dependientes del Programa de Visita Domiciliaria del Centro Geriátrico Naval del Perú. Se registraron factores de riesgo para estrés del cuidador, mientras el nivel de estrés se midió mediante la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Se encontró que el 66.4% de los cuidadores presentó estrés, el 57.6% era dependiente de los adultos mayores cuidados. Se concluyó que los casos de estrés en el cuidador fueron relativos al nivel educativo, el sueño del paciente, la falta de ayuda en relación con las horas de cuidado durante el día.

Gonzales (2012), en coordinación con la Universidad Da Coruña, realizó un estudio sobre el neuroticismo y la extraversión de los cuidadores de personas con demencia como factores moduladores de sobrecarga. Los objetivos del estudio fueron a) Estudiar la influencia de la personalidad con relación a la sobrecarga, b) Analizar los efectos del cuidado sobre la afectividad y c) Examinar la relación entre la personalidad y la morbilidad psíquica. Se trató de un estudio transversal con 33 cuidadores que presentaban sobrecarga intensa. Se evaluó su personalidad, afectividad y salud percibida. Se encontró que el neuroticismo estaba significativamente correlacionado con la sobrecarga, la depresión, la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo. Asimismo, la extraversión estaba relacionada con el neuroticismo y la sobrecarga. Además, la depresión estuvo correlacionaba con la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Finalmente se concluyó que la personalidad del cuidador ejerce una importante influencia sobre la percepción de la carga, por lo que es necesario tenerla en cuenta en los modelos teóricos y empíricos dentro del proceso del cuidado.

Gonzales y Aranza (2018), en coordinación con la Universidad de la Laguna realizó un estudio sobre el estrés en cuidadores de personas enfermas o dependiente. En dicho estudio se observó que las personas que padecen una determinada enfermedad, trastorno o cierto grado de dependencia se encuentran en una situación en la que requieren ser cuidados por parte de familiares o allegados. Asimismo, el número de cuidadores informales de personas dependientes, con enfermedades físicas crónicas o problemas de salud mental ha aumentado en los últimos años. Además, con motivo del aumento de enfermos crónicos o en situación de dependencia de las dificultades

económicas, la edad avanzada de la población y la disminución de la salud mental se ha observado la generación de la necesidad de desarrollo de la figura del rol de cuidador. Dicha circunstancia repercute directamente en la vida diaria de estos individuos, afectando a áreas vitales como la vida familiar, trabajo, ocio, vida social y afectiva, salud y nivel de vida. En distintos trabajos se ha encontrado que las tareas propias del cuidador son una fuente potencial de estrés crónico debido a las circunstancias que rodean al cuidador y que se prolongan en el tiempo. Se desarrolló una revisión de los artículos publicados sobre la temática entre los años 2001 y 2017, en las bases de datos Google Scholar, Psycodoc, ERIC y PubMed.

Pérez (2008), en coordinación con la Universidad de Salamanca, realizó un estudio sobre la dependencia, el cuidado informal y función familiar, el cual fue un análisis a través del modelo sociocultural del estrés y afrontamiento. Se trató de un estudio en el que se buscó valorar la importancia de la función familiar de los cuidadores a través del modelo transaccional de estrés y afrontamiento adaptado al cuidado. Se utilizó el diseño de tipo descriptivo transversal, realizándose una encuesta semiestructurada en el domicilio a 153 cuidadores de familiares dependientes en un centro de salud urbano seleccionados de forma consecutiva. Se encontró que los cuidadores son hijas o esposas sin trabajo remunerado, con 63 años media y bajo nivel educativo. Asimismo, el 30,3% de los cuidadores presentan disfuncionalidad familiar. Además, las familias de pacientes con problemas mentales son disfuncionales en el 44,6% de los casos mientras que las que tienen problemas físicos son el 21,3%. Además, se observó correlación negativa entre funcionalidad familiar y deterioro cognitivo, pero no hay correlación con el nivel de dependencia funcional. Los cuidadores percibieron elevados niveles de apoyo social, tanto de su red familiar inmediata, como de la red social y de servicios. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores son la religión y la aceptación; las menos utilizadas: el humor y la negación. El 48% de los cuidadores presentan sobrecarga, el 30% deterioro de la salud mental y en general una percepción positiva de la calidad de vida. Las demandas de cuidado y las variables contextuales no están relacionadas con la sobrecarga, salud mental y calidad de vida, pero la función familiar actúa como factor de mediación determinante en todas ellas. Se concluyó que la función familiar

constituye una variable de gran relevancia para explicar los efectos del cuidado en la sobrecarga, la salud mental y la calidad de vida de los cuidadores.

Grandia, Burgueño y Irurtiac (2018) realizaron un estudio sobre la eficacia del programa de una reducción del estrés basado en mindfulness para cuidadores familiares de personas con demencia. Consistió en una revisión sistemática de estudios clínicos aleatorizados en la que los cuidadores familiares de personas con demencia suelen presentar altos niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y sobrecarga, por lo que son considerados como una población clínicamente vulnerable. El objetivo de dicho estudio fue examinar la eficacia de un programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) aplicado a esta población. Se recogieron aquellos estudios clínicos aleatorizados con medida pretest y postest procedentes de las bases de datos electrónicas de los últimos 15 años. Además, la calidad metodológica se obtuvo mediante la escala de Jadad. Finalmente fueron incluidos 5 artículos, obteniendo una muestra de 309 participantes. La puntuación en la escala Jadad fue de 3,4 sobre 5. Se encontró que el programa MBSR reduce la sintomatología ansiosa, depresiva, así como los niveles de sobrecarga en la medida post. Sin embargo, algunos trabajos mostraron una reducción significativa de los efectos psicológicos del programa durante el seguimiento. Se concluyó que son necesarios más estudios empíricos que puedan establecer un protocolo más homogéneo que reduzca la ambigüedad de algunos resultados.

Calero, Fernández y Roa (2009) realizaron un estudio sobre el cuidador informal de personas mayores dependientes y estrés percibidos. En dicho trabajo se buscó incidir en la relación establecida entre el cuidador informal de personas mayores dependientes y la persona mayor cuidada. Para el estudio se analizaron las relaciones entre algunas condiciones sociodemográficas del cuidador y el estrés que perciben cuando tienen que realizar el cuidado. Los resultados obtenidos en una muestra de 203 sujetos, pone de manifiesto que los índices de estrés percibido se relacionaron con variables tales como: 1) que la persona que cuida sea mujer, 2) que tenga experiencia de maltrato, 3) realizar actividades de ocio, 4) vivir tensiones familiares por el cuidado, etc.

Romagosa (2018) investigó sobre ¿Cómo cuidar a quien cuida? en el cual se observan las experiencias e intervenciones con personas cuidadoras. El objetivo del estudio fue conocer la experiencia de los cuidadores informales de un familiar dependiente. Además, se buscó explorar las intervenciones autónomas e

interdisciplinarios de enfermería en el apoyo al cuidador principal. Se realizó una revisión narrativa en las bases de datos PubMed, CINAHL, CUIDEN, LILACS, COCHRANE y PSYCinfo utilizando lenguaje controlado. Se encontró que los cuidadores principales están en riesgo de sufrir cansancio del rol del cuidador debido a la falta de conocimientos, tiempo y apoyo para el rol de cuidado. Además, se demostró su eficacia en el apoyo a estas personas intervenciones psicoeducativas, educativas, de entrenamiento, gestión de casos, relajación y cuidados de relevo. Se concluyó que el apoyo social y la disponibilidad de servicios son cruciales para la prevención del cansancio del rol del cuidador, por lo que las intervenciones con cuidadores principales obtienen efectos psicológicos, físicos y emocionales positivos para su salud y bienestar.

Quintero y Rodríguez (2020) realizaron, en coordinación con la Universidad Autónoma de Bucaramanga, la revisión documental de la sobrecarga en cuidadores de pacientes con trastornos mentales, la cual tuvo como objetivo describir cuál es el estado de conocimiento actual sobre la sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedades mentales. Se realizó una revisión de 46 artículos de revistas arbitradas, escritos en inglés y español, los cuales fueron agrupados en cinco núcleos temáticos: 1) tipo de trastorno, 2) medidas directas, 3) impacto de la sobrecarga, 4) intervenciones y 5) perfil del cuidador. Todos los resultados encontrados en la masa documental se contrastaron con los antecedentes de la investigación y se encontró que, sobre el tipo de trastorno, se evalúa con más frecuencia a los cuidadores de pacientes con esquizofrenia y demencia. Acerca de medidas directas, es decir, aquellos estudios que utilizaron instrumentos para medir específicamente la sobrecarga, tanto en los antecedentes como en la masa documental, se destacó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit como la más utilizada. En el núcleo temático, impacto de la sobrecarga, se identificaron las consecuencias directas de la sobrecarga las cuales son evaluadas mediante otros instrumentos adicionales, algunas de las consecuencias medidas más frecuentes son: 1) calidad de vida, 2) afrontamiento y 3) apoyo social. En cuanto a las intervenciones, se encontraron escasos artículos de este tipo, sin embargo, dentro de la masa documental, el tipo de intervención más utilizado fue la psicoeducación, no obstante, se concluyó que no es el más efectivo. Por último, el perfil del cuidador se destacó por ser en su mayoría mujeres en etapa de adultez intermedia, casadas y madres o cónyuges del paciente. Es así como se demuestra que se ha avanzado en el estudio de esta temática,

específicamente en la descripción y análisis del impacto no solo en la vida y bienestar del cuidador sino en su entorno, sin embargo, los cuidadores continúan experimentando sobrecarga, por lo que es necesario seguir indagando en esta problemática y ejecutando acciones para mitigar los efectos asociados a esta.

Salazar, Castro y Dávila (2019) realizaron un estudio referido a la carga del cuidador en familias de personas con enfermedad mental vinculadas al programa de hospital de día de una institución de tercer nivel en Cali. El objetivo de la investigación fue establecer la ocurrencia del síndrome del cuidador entre los cuidadores de personas con enfermedad mental vinculadas al programa de hospital de día de una institución de tercer nivel de la ciudad de Cali (Colombia). El estudio fue descriptivo y observacional de corte transversal, para evaluar la ocurrencia del síndrome de sobrecarga en 70 cuidadores de personas con enfermedad mental, a través de entrevistas y la aplicación formal de la escala de Zarit y el cuestionario WHO-DAS 2.0. Se encontró que el 68,6% de la población participante presentó algún grado de sobrecarga; el perfil del cuidador es el de una mujer, mayor de 55 años, madre de familia, perteneciente al régimen subsidiado de salud y con bajo ingreso económico que, en promedio, lleva 8 años ejerciendo el rol de cuidador por lo menos 12 h diarias. Asimismo, el largo tiempo de dedicación a las actividades propias del rol y el nivel de demanda, producto del grado de discapacidad de la persona a la que se cuida, aparecen como factores asociados a la aparición de un mayor grado de sobrecarga para el cuidador, por lo que constituyen un factor a considerar en la implementación de procesos de intervención e investigación que vinculen al cuidador como agente clave en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental.

Acosta, Bonilla, Borrero y Amézquita (2019), en coordinación con la universidad cooperativa de Colombia, realizaron una revisión de los programas de intervención en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. El objetivo fue revisar los estudios empíricos que determinaron las diferentes intervenciones psicológicas en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, para ello se recurrió a una revisión literaria donde se examinaron diferentes investigaciones en base de datos confiables tales como SCOPUS, PROQUEST, REDALYC, SCIENCE DIRECT, EMBASE Y PSICODOC, bajo un rango de 6 años que van desde el año 2012 hasta el año 2018. Se concluyó que las intervenciones psicológicas más utilizadas, y a su vez

más eficaces en los cuidadores de personas con Alzheimer, son la psicoeducación, la terapia grupal, la intervención psicosocial y las intervenciones psicoterapéuticas. Finalmente se encontró que estas intervenciones integradas con otras terapias pueden ayudar a que la intervención sea más fructífera e integral, de tal manera que estas estrategias ayudan a reducir el estrés, la ansiedad y la sobrecarga física, emocional y psicológica en los cuidadores formales e informales por ende mejora el estado anímico, físico y mental de cuidadores y pacientes.

Hernández (2006), en coordinación con el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, se realizó un estudio de los cuidadores de adultos mayores residentes en asilos. En dicho estudio se reiteró el incremento que en los últimos años ha tenido la población de adultos mayores, hecho que repercute en el número también cada vez más alto de personas residentes en asilos para ancianos, lugares que por lo regular dependen del estado y cuyas características tanto materiales como su infraestructura en cuanto a personal especializado para atender a las personas que ahí viven, deja mucho que desear. En dicho estudio se concluyó que: 1) el cuidado de los adultos mayores genera cuestionamientos sobre fragilidad y dependencia, autonomía, obligaciones y compromisos, y las complejas relaciones entre los adultos mayores y controversias éticas de aquellos que en la comunidad los sostienen y los cuidan (Daichman, 1999), 2) el desarrollo de un diálogo comprensible y estrategias coherentes se impone como desafío personal y compromiso permanente para todos los profesionales responsables del arte que significa el cuidado de los adultos mayores, 3) en la gran mayoría los asilos públicos no se cuentan con un psicólogo, psicoterapeuta, geriatra, gerontólogo o cualquier otro profesional de la salud mental, 4) es fundamental, por tanto, trabajar con el personal que trabaja en un asilo y hacerlo desde el punto de vista humanístico con el objetivo de sembrar en ellos la suficiente empatía con los viejos, tratando de lograr que les den un trato digno y fuera de marginaciones por el hecho de ser adultos mayores y estar cercanos a la muerte, y 5) la meta final es que los cuidadores de adultos mayores fuera o dentro de los asilos, tengan las suficientes herramientas físicas y emocionales para que se conjugue la salud integral de ellos con la prevención y tratamiento de la salud de los adultos mayores en un marco de armonía y seguridad para ambos.

Rodríguez, Archilla y Archilla (2014), en coordinación con la Universidad de Almería, realizaron un estudio sobre la sobrecarga de los cuidadores informales. El objetivo de dicho estudio fue analizar la presencia de sobrecarga en los cuidadores informales e identificar algunas variables asociadas que puedan influir en ella. Se abordó el tema a través de un estudio transversal descriptivo y analítico de una muestra de 50 cuidadores informales y sus correspondientes cuidados residentes en un municipio de la provincia de Almería. La recolección de datos se realizó usando una encuesta diseñada para efectos de este trabajo, la "escala de sobrecarga del cuidador de Zarit", y el índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria", versión Granger. Se encontró que la edad media de los cuidadores fue 60,5 años, el 88% eran mujeres, el mismo porcentaje no tenía trabajo remunerado y el 86% convivía con la persona cuidada. Más de la mitad de la muestra de cuidadores se encontraban sobrecargados, un 30% presenta sobrecarga leve y un 28% sobrecarga intensa. Además, se encontró que el tener un trabajo remunerado fuera del domicilio y que la persona cuidada tenga demencia son factores relacionados, significativamente, con la sobrecarga del cuidador. Se concluyó que cuidar a una persona con demencia supone mayor sobrecarga, mientras que trabajar fuera de casa podría tener un efecto beneficioso. En la misma línea, disminuir el número de horas dedicadas al cuidado repartiéndolas con otras personas podría reducir el nivel de sobrecarga. Finalmente, conocer el perfil de los cuidadores y de las personas cuidadas es de utilidad para prevenir problemas del rol de cuidador.

Guerrero, Ramos, Alcolado, López, Lucas y Quesada (2008), en coordinación con el institut Catalá de la salut realizaron un programa de intervención multidisciplinaria para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria. En dicho estudio se buscó mejorar la calidad de vida, la ansiedad y la depresión de los cuidadores de pacientes en atención domiciliaria. Se utilizó un ensayo clínico aleatorizado a 79 cuidadores principales (39 grupo control y 40 grupo intervención) de pacientes en atención domiciliaria de un centro de salud entre 2000 y 2001. La calidad de vida, la ansiedad y la depresión se midieron mediante los cuestionarios COOP/WONCA y la escala de Goldberg, respectivamente (Pretest/Postest). Las intervenciones consistieron en 2 visitas médicas para realizar la anamnesis biopsicosocial del cuidador y una visita de enfermería sobre educación sanitaria. Se enviaron dos cartas adaptadas a cada cuidador

y se realizaron dos llamadas telefónicas de apoyo. Se encontró una mejora significativa del grupo de intervención respecto al grupo control. Se concluyó que una intervención multidisciplinaria y adaptada a la consulta habitual podría reducir el deterioro de la calidad de vida de los cuidadores.

Molinueva y Hernández (2011), en representación del Grupo de Trabajo del Estudio IMPACT, realizaron un estudio sobre los numerosos factores que influyen en la satisfacción y la calidad de vida del cuidador informal del paciente con enfermedad de Alzheimer no respondedor. Entre ellos se destacan 1) el curso de la enfermedad, 2) el deterioro cognitivo y los trastornos conductuales de los pacientes y 3) el grado de apoyo familiar y los factores inherentes al cuidador (tiempo de dedicación, estado psicológico y conocimiento de la enfermedad). El objetivo del trabajo fue determinar el perfil del cuidador informal del paciente con enfermedad de Alzheimer no respondedor, así como evaluar los diferentes factores que intervienen en su calidad de vida, carga soportada y satisfacción global con el tratamiento. Se llevó a cabo un estudio epidemiológico, prospectivo, multicéntrico y nacional que incluyó a 249 pacientes con enfermedad de Alzheimer no respondedores al tratamiento anticolinesterásico y a sus cuidadores. Además, se evaluó la calidad de vida del cuidador según el cuestionario de salud Short Form-36 (SF-36) y la carga asociada según escala de sobrecarga del cuidador Zarit, ambas validadas para España. La gravedad y la evolución de la patología se cuantificaron según el Clinical Dementia Rating (CDR) y el estado cognitivo mediante el Mini-Mental State Examination (MMSE). Se encontró que la sobrecarga del cuidador mostró un incremento significativo en función del tiempo transcurrido desde el inicio del estudio, mientras que la satisfacción con el tratamiento aumentaba ligeramente con este mismo factor. La sobrecarga del cuidador resulta altamente correlacionada con el inventario CDR sobre sintomatología del paciente, tanto en la visita inicial como en la visita final. Finalmente se encontró que el nivel de satisfacción del cuidador con el tratamiento se vio afectada por el grado de cambio en el deterioro cognitivo padecido por el paciente entre las dos visitas.

Saavedra, Bascón, Arias, García y Mora (2013), en coordinación con la Universidad de Sevilla, realizaron un estudio sobre cuidadoras de familiares dependientes y su salud en relación a la influencia de su participación en un taller de control de estrés. En dicho programa se analizaron los efectos de ser cuidadora familiar

y asistir a un curso de control del estrés, así como la incidencia de dos covariables consideradas relevantes, como son los pensamientos disfuncionales y el tiempo prestando cuidados. Además, se analizó a una muestra de 219 asistentes a talleres psicoeducativos a la que se aplicaron tres instrumentos: cuestionario sociodemográfico, cuestionario de salud general (GHQ28) y pensamientos disfuncionales (CPD). Se encontró que ser cuidadora familiar repercute negativamente en todas las escalas del GHQ y que realizar un curso de estrés tiene efectos claramente positivos en la salud general, la somatización y la función social. Finalmente, se observó que los efectos de ser cuidadora y haber realizado un curso de estrés se mantienen incluso si se consideran los pensamientos disfuncionales y el tiempo cuidando.

Conde (2005), en coordinación con la Universidad de Barcelona, realizó una revisión sobre la demencia y familiares cuidadores abordando las variables de deterioro, sobrecarga y apoyo social. En dicha revisión se apuntó hacia tres apartados del índice de la revisión: 1) deterioro del enfermo y predictores de sobrecarga, 2) el familiar cuidador y los predictores de sobrecarga y 3) El apoyo social y los grupos de apoyo a familiares. Se concluyó en dicha revisión que los familiares cuidadores son grupos que pueden funcionar sin guion previo, más dinámicamente, y su temática viene definida fundamentalmente por lo que le sucede al familiar cuidador. En estos grupos pueden, no obstante, intercalarse algunas sesiones informativas más centradas en las demandas específicas de los familiares.

Pérez (2020) realizó una guía de consumo de alimentos con propiedades que contribuyan a calmar la ansiedad. En dicho trabajo se revisaron los alimentos que pueden reemplazar a la comida chatarra, por las propiedades que estos presenten para poder calmar los síntomas de la ansiedad sin necesidad de un consumo inadecuado de grasas y azúcares, y formas de presentar un plato para que los clientes sientan calma poniendo en juego los colores y las texturas de los alimentos. Para saber cuáles son estos alimentos y la importancia de la presentación de la comida, se realizaron entrevistas a expertos en el área de psicología, nutrición, gastronomía y neuromarketing. Al analizar sus respuestas se pudo llegar a la conclusión de que la mayoría de los productos de origen vegetal pueden ayudar a bajar los síntomas de la ansiedad por los nutrientes que actúan en el organismo y el sistema nervioso, lo cual influye en un mejor manejo de las emociones negativas y un buen funcionamiento del todo el organismo.

Además de ayudar con el buen funcionamiento del organismo, un consumo balanceado de frutas, vegetales y grasas saludables ayuda a mantener una buena salud y una satisfacción en las personas a largo plazo que ayudará a bajar notoriamente la necesidad de comer por sentimientos negativos. Finalmente, dicho estudio es recomendable tomar en consideración para estudios previos sobre hábitos de vida que le permitan al cuidador de personas con deterioro cognitivo, establecer hábitos alimenticios que contribuyan con la prevención de estados de ansiedad dentro como fuera del lugar donde se desarrolla la labor de cuidador tanto familiar como institucional.

2.3. Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

Por lo expuesto anteriormente y siguiendo la estructura del estudio se tomó como referencia a Morris y Maisto (2001) los cuales citan a Selye (1965, 1976) al afirmar que, ante el estrés físico y psicológico, el individuo, en este caso el cuidador de personas con deterioro cognitivo, reacciona en tres etapas a las que en conjunto designó el nombre de síndrome de adaptación general, término propuesto por Hans Selye, para precisar por momentos por los que pasa el individuo cuando está atravesando por una situación de estrés percibido y sobre carga emocional que alteran no solo su calidad de vida sino también su estado de salud llevándolo a desarrollar cuadros de somatización.

Añade Morris y Maisto (2001) citando a Selye (1965, 1976) que las etapas del síndrome de adaptación general por las que pasa el individuo, en este caso, el cuidador de personas con deterioro cognitivo, son las siguientes: a) Fase de reacción de alarma, b) Fase de resistencia y c) Fase de agotamiento, las mismas que guardan estrecha relación con la dinámica del análisis funcional y que se detallan cada una de ellas a continuación (Ver gráfico 01)

- **Primera Etapa: Reacción de Alarma**

Comienza cuando el cuerpo se da cuenta que debe rechazar el peligro físico o psicológico o las situaciones de estrés y acumulación emocional (respuesta fisiológica) que alteran de manera severa su salud. En este sentido, el individuo experimenta un aumento en la actividad de su sistema nervioso simpático y las glándulas suprarrenales

asociadas con la segregación de cortisol. El individuo se vuelve más sensible y alerta, experimentando una aceleración de la respiración y el latido cardiaco, los músculos se ponen tensos y la actividad del sistema digestivo se torna mucho más dinámica. Estas y otras alteraciones fisiológicas (como manifestaciones en la piel, cefaleas, entre otras) que ayudan a movilizar los recursos de afrontamiento para la autopreservación y la recuperación del autocontrol. (Morris y Maisto 2001).

- **Segunda Etapa: Resistencia**

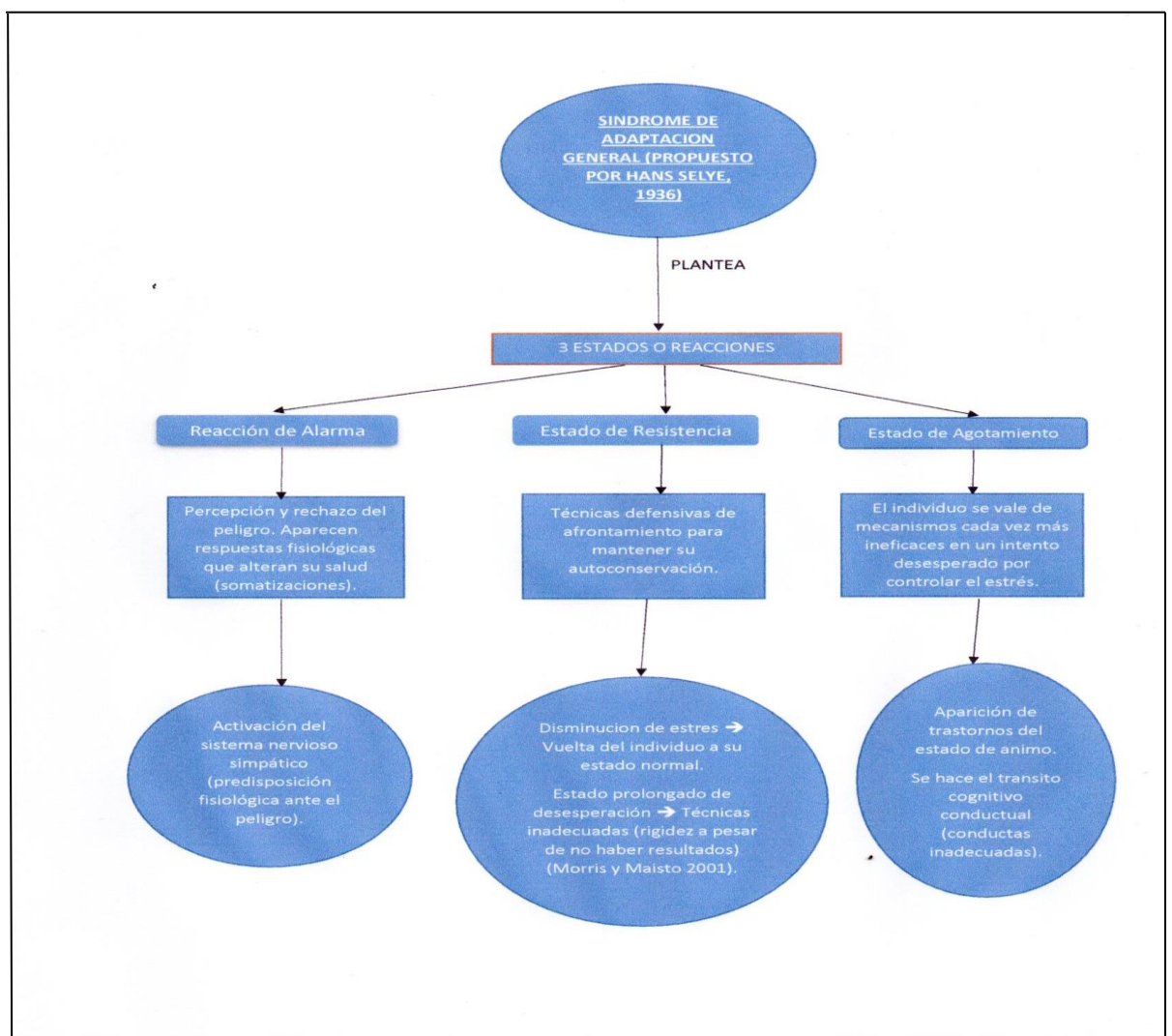
El individuo utiliza en forma más decisiva técnicas directas y defensivas de afrontamiento basadas en sus respuestas emocionales que le permiten mantener el estado de autoconservación necesarios para su supervivencia. En esta etapa, si el estrés disminuye el sujeto vuelve a su estado normal; pero si es extremo o prolongado, la desesperación puede hacer que recurra a técnicas inadecuadas y las apliquemos con rigidez, a pesar de la evidencia de que no están dando resultado (Morris y Maisto 2001).

Añadido a ello, tomando como referencia los autores anteriormente citados, se evidencian, no solo la presencia de respuestas emocionales sino también el contenido cognitivo, esto es, la presencia de creencias tanto irracionales (es decir, carentes de fundamento objetivo) como discapacitantes (que alteran no solo su procesamiento de información sino también su capacidad ejecutiva), las mismas que lo llevan a desarrollar suposiciones que alteran su percepción del “aquí y ahora”.

- **Tercera Etapa: Agotamiento**

Morris y Maisto (2001) citan a Maslach y Leiter (1997) al sostener que en esta etapa el individuo se vale de mecanismos cada vez más ineficaces en un intento desesperado por controlar el estrés. Hay quienes pierden contacto con la realidad y dan señales de algún trastorno del estado de ánimo u otro tipo de patología. Otros dan señales de “agotamiento”: incapacidad para concentrarse, irritabilidad, aplazamiento y el desarrollo de ideas pesimistas. Pueden manifestarse síntomas físicos como problemas cutáneos y digestivos. En esta etapa se hace el tránsito del contenido cognitivo/emocional iniciado en la fase de resistencia para desarrollar respuestas motor/sociales frente al evento estresor.

En esta etapa usualmente aparecen respuestas inadecuadas para el afrontamiento al estrés. Es común que aparezcan manifestaciones de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas a fin de superar el estrés que produce el agotamiento. Cabe señalar además que una de las consecuencias más sorprendentes de la teoría de Selye es la posibilidad de que el estrés prolongado cause la muerte o por lo menos empeore como consecuencia de la aparición de enfermedades como hipertensión arterial, riesgo coronario alto, colon irritable, entre otras (Morris y Maisto 2001).



(Grafico 01 – Síndrome de Adaptación General)

2.4. Definición de términos básicos

2.4.1. Estado de salud.

- **Definición conceptual.**

Según Ursúa (2010) se refiere a la calidad de vida y a la salud en general, estado funcional o evaluación de necesidades que tiene la persona. En este aspecto se refiere al impacto que tiene el entorno en el desarrollo de las respuestas funcionales en el cuidador de personas con deterioro cognitivo las cuales son de tipo fisiológico, emocional, cognitivo y motor/social y su relación con la labor de cuidador que desempeña.

- **Definición operacional.**

Esta variable fue medida a través de la puntuación obtenida en el cuestionario de salud SF- 12, el cual está conformado por 8 las dimensiones: Función Física (2 ítems), Función Social (1 ítem), Rol físico (2 ítems), Rol Emocional (2 ítems), Salud mental (2 ítems), Vitalidad (1 ítem), Dolor corporal (1 ítem), Salud general (1 ítem). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Para efectos de operatividad se aplicó en la fase pretest y postest, para evaluar la permanencia de los cambios que se esperan alcanzar después de la realización de la aplicación de la fase experimental de manera colectiva.

2.4.2. Distrés.

- **Definición conceptual.**

Según Moscoso (2011) se refiere a los sentimientos subjetivos que varían en intensidad desde un estado de tristeza, incertidumbre, confusión y

preocupación hasta la expresión de síntomas más severos como la ansiedad, depresión, ira, aislamiento social y desesperanza. Estos sentimientos asociados al desarrollo de la sensación de improductividad que trae como resultado la aparición de creencias tanto irracionales como discapacitantes que llegan a alterar incluso la normalidad del estado homeostático, es decir, el estado de equilibrio del sistema corporal del individuo, al tratarse de la manifestación de un cuadro de estrés agudo.

- **Definición operacional.**

Esta variable fue medida a través del inventario de distrés y emoción percibido, el cual está conformado por 14 preguntas acerca de cómo el sujeto afronta no solo las situaciones de estrés (en este caso el cuidador de personas con deterioro cognitivo) sino también diversas situaciones de crisis o en las que se le presentan dificultades de algún tipo. es decir, se refieren a sus sentimientos y pensamientos durante el mes recién pasado. En cada caso, se pide que indique con qué frecuencia o cuán a menudo se sintió o reaccionó de determinada manera.

2.4.3. Sobrecarga del cuidador.

- **Definición conceptual.**

Según Fernández (2011) el cual cita a Zarit, Reever y Bach-Peterson, (1980) se refiere al grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado ha influido sobre los diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica. Esta percepción genera un impacto sobre el cuidado no solo a nivel de sus funciones sino también en lo que a su calidad de vida dentro de su medio de desarrollo se refiere, ya que ve alterada su capacidad adaptativa al verse afectados sus filtros emocionales al enfrentar las contingencias del contexto de cuidado

- **Definición operacional.**

Esta variable fue medida a través del registro de puntuación total obtenida por el grupo de participantes a través de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, la cual está conformada por 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas que conlleva el cuidado sobre la vida de quien ejerce esta tarea.

2.4.4. Programa para el control del Estado General de Salud, Distrés y Sobrecarga

- **Definición conceptual.**

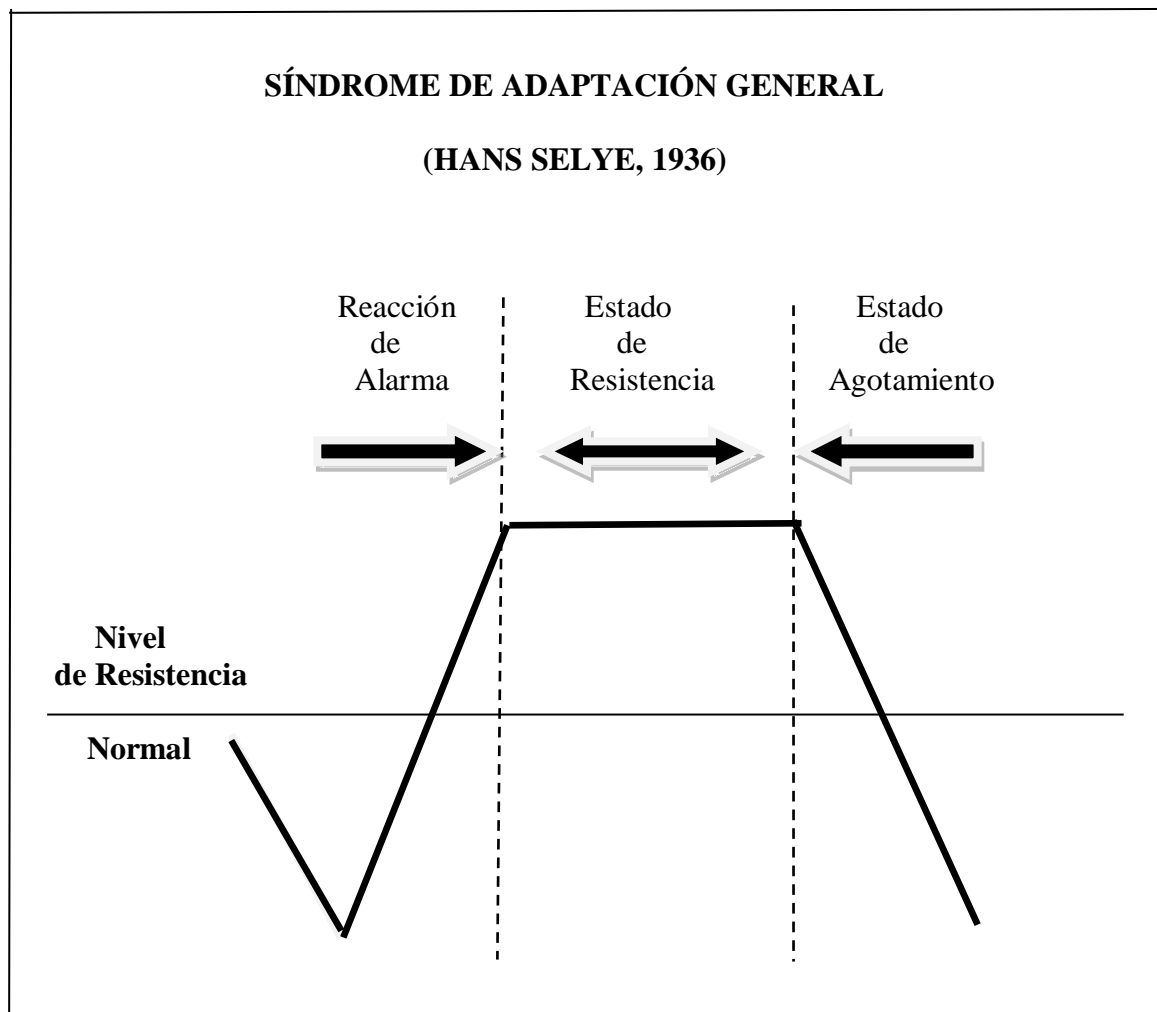
Consiste en un programa que se basa en el desarrollo de la técnica de mindfulness, la misma que según Simón (2011) citando a Siegel (2009) se refiere al establecimiento de principios como “conciencia”, “atención” y “recuerdo”, del individuo sin valoraciones a nivel afectivo ni asociaciones son eventos significativos del pasado.

- **Definición operacional.**

Esta variable abordada a través de un programa para cuidadores de personas con deterioro cognitivo basado en mindfulness, cuyo objetivo es el control del estado general de salud distrés y sobrecarga, el cual está conformado por 8 sesiones, con una duración de 2 meses. La aplicación de las sesiones será de manera grupal, la misma que constará de una evaluación pretest para observar cómo llegan los participantes al programa, una fase de aplicación del programa para modificar las respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y motor/social mediante la técnica de mindfulness y una evaluación post test que permitirá evaluar la aplicación del programa.

2.5. Fundamentos teóricos que sustentan el estudio.

Se presenta el gráfico correspondiente al Síndrome de Adaptación General propuesto por Hans Selye (1936) para una mayor explicación y comprensión los anexos respectivos (ver gráfico 01)



(Gráfico 02 citado por Ccahua y Chambi (2019) y Del Hoyo (2004))

2.6. Hipótesis.

2.6.1. Hipótesis General.

La implementación de un programa para el control de distrés y sobrecarga tendrá efectos significativos en el estado de salud de un grupo de cuidadores de personas con deterioro cognitivo de siete centros de apoyo.

2.6.2. Hipótesis Específicas.

- Se encontrarán diferencias significativas en el estado general de salud libre de somatizaciones en un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o “mindfulness” y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción del programa.
- Se encontrarán diferencias significativas sobre la ausencia del grado de sobrecarga en un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o “mindfulness” y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción del programa.
- Se encontrarán diferencias significativas sobre la ausencia de distrés percibido en un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o “mindfulness” y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción del programa.

2.7. Variables (definición y operacionalización de variables: dimensiones e indicadores)

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Programa para el control del estado general de salud, distrés y sobrecarga.	Esteves (2019) lo define como una alternativa de estrategia para el control de la calidad de vida de los cuidadores de personas con deterioro cognitivo.	Fisiológico	Dificultades respiratorias. Cefalea Agotamiento Insomnio Somnolencia Erupciones Taquicardias Hiperventilaciones. Inapetencias.	
		Emocional	Pena Culpa Enojo Vergüenza. Sensación de impotencia. Ira.	de

Decepción
Desesperanza
Angustia
Ansiedad.

Cognitivo

Cuestionamientos.
Ideas de deserción.
Ideas aversivas respecto a la persona que cuida.
Deseo de abandonar todo.
Pensamientos decepcionantes.
Ideas de soledad y catástrofización.

Motor/ social

Gritos
Dificultades en las relaciones interpersonales.
Malos tratos hacia el adulto mayor que cuida.
Deserciones laborales.

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	
Estado de salud general	Ursúa (20 10) frecuentemente los relaciona con la calidad de vida relacionada con la salud, estado funcional o evaluación de necesidades.	Fisiológica	Dolor corporal		
		Emocional	Vitalidad	1	
			Rol físico	2	
			Rol emocional		3
					4
			Salud mental	5	
				6	
		Cognitiva	Función física	7	
			Función social	8	
		Motor/ social.		9	
				10	
				11	
	12				
Distrés Emocional	Moscoso (2011) lo define como sentimientos subjetivos que varían en intensidad desde		Fisiológica	Dolor de cabeza.	
			Emocional	Escozor.	6
		Gastritis.		5	
		Taquicardias		2	
		Frustración.	12		
	11				

	un estado de tristeza, incertidumbre, confusión y preocupación severos hasta la expresión de síntomas más severos como la ansiedad, depresión, ira, aislamiento social y desesperanza.		Ansiedad	10
		Cognitiva	Decepción.	8
			Creencias discapacitan té s y desvalorizan té s.	7 4 3 1
		Motor/ social.	Deserción de la labor del cuidador.	9
	Fernández (2011) cita a Zarit, Reeve r y Bach Peterson (1980) al definir a la sobrecarga en el cuidador como el grado en el que la persona que cuida percibe que el cuidado ha influido en él sobre diferentes aspectos de su salud y su vida personal			9
		Fisiológico	Salud física	10 22
				2 4 5 7 8
Sobrecarga emocional		Emocional	Salud psíquica	16 17 18
		Cognitivo	Recursos económicos	15
				1
				3 6 11 12 13 14 19 20 21
		Motor /social	Actividades sociales.	

3. CAPITULO 3: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo, Método y Diseño de la Investigación

Sánchez y Reyes (2013) plantean que el tipo de investigación correspondiente es aplicada ya que se caracteriza por su interés en la aplicación de los conocimientos

teóricos a una determinada situación, con las consecuencias prácticas que de ella se deriven.

Además, otra característica de la investigación aplicada, según plantean Sánchez y Reyes (2013) es conocer para hacer, para actuar y para modificar, pues le preocupa la aplicación inmediata sobre una realidad circunstancial antes que el desarrollo de un conocimiento de valor universal.

A nivel de diseño de investigación se tomará en cuenta el diseño cuasi experimental de tipo pretest – postest con 2 grupos, ya que este diseño tiene por finalidad la comparación de las 3 variables dependientes antes y después de la aplicación de la variable independiente, a fin de determinar si es que se ha producido algún cambio de manera significativa, cotejando con los datos de otro grupo que se encuentra en lista de espera.

3.2. Población y muestra

Se tomará en cuenta un grupo de 35 cuidadores de pacientes con deterioro cognitivo de 3 casas de reposo cada una de 5 miembros del staff de técnicos/as y enfermeras/os respectivamente, cabe mencionar que el personal rota o se agregan nuevos cuidadores a las casas por lo que varía la población de la casa mas no de la muestra. La característica fundamental que tiene la muestra es que son cuidadores en riesgo de presentan dificultades en su estado de salud con sobrecarga de estrés y presencia de distrés percibido, mayores de 18 años, mujeres y varones casados/as y/o solteras/os, los cuales pertenecen a instituciones especializadas en pacientes diagnosticados con deterioro cognitivo.

Se llegó a la muestra al entrar en contacto con las siete casas de reposos con las que se trabajará a nivel institucional a fin de unificar criterios de aplicación en el futuro. La ubicación de dichas casas corresponde a los distritos de San Borja y Santiago de Surco.

La selección tanto de grupo experimental (G.E.) como del grupo control (G.C.) se tomará en cuenta a fin de medir el impacto de la investigación. Se seleccionarán dos grupos lo más parecidos posible, a través de la selección homogénea, a nivel de

características (cuidadores institucionalizados varones y mujeres mayores de 18 años casados/as y/o solteros/as). No obstante, aunque la selección homogénea es un procedimiento efectivo en el control de variables extrañas, no se pueden generalizar los resultados que se alcanzan.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos (Validez y confiabilidad).

Para la presente investigación se emplearon:

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (1980) Adaptado al castellano por Martín, (1996). Esta escala evalúa la sobrecarga o estrés de los cuidadores de pacientes con demencia desde el punto de vista de la teoría transaccional del estrés. Consta originalmente de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas que conlleva el cuidado sobre la vida de quien ejerce esta tarea. Para esta investigación, se realizó una adaptación de la Escala de Zarit. Con relación a la validación, se utilizó en el estudio de validación para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín, el mismo que se realizó en la ciudad de Medellín en el marco de la atención primaria en salud. Los participantes fueron cuidadores principales de pacientes ancianos dependientes, mayores de 65 años. En ellos se midió la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo para las distintas EZ reducidas, y de manera adicional se realizó el análisis de fiabilidad a través del cálculo de Alpha de Cronbach. Los resultados arrojaron que las escalas abreviadas obtuvieron una sensibilidad entre 36,84 y 81,58%, una especificidad entre 95,99 y 100%, un valor predictivo positivo entre 71,05 y 100% y valores predictivos negativos entre el 91,64 y el 97,42%, con lo que se concluyó que la escala que mejor determinó la sobrecarga del cuidador en atención primaria es la Escala de De Bédard de Cribado con una sensibilidad del 81,58%, una especificidad del 96,35% y unos valores predictivos positivos de 75,61% y negativo de 97,42%.

En lo referente a su aplicación en Perú se utilizó en la investigación que tiene por título “Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú”, que tuvo por objetivo determinar la relación entre el desarrollo de síntomas somáticos y la presencia

de sobrecarga en cuidadores de pacientes geriátricos del Área urbano-marginal Payet, Independencia. Se utilizó como materiales el cuestionario PHQ – 15 (Patient Health Questionnaire) y la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Fue un estudio de relación, transversal, basado en la aplicación de escalas de medición, aplicadas a 93 cuidadores de pacientes geriátricos. Se analizó con el programa SPSS versión 18.0 y aplicando la prueba de proporciones. Los resultados que se encontraron fueron que el 77,4% tenía entre 25 a 59 años, el 61,29% de los cuidadores tenía un tiempo entre 1 a 8 años cuidando pacientes geriátricos y el 67,74% empleaba menos de 8 horas diarias en el cuidado. El 90,3% de los cuidadores no había recibido capacitación para el cuidado. El 75,27% de los cuidadores presentaron sobrecarga intensa y el 40,86% presentó alta severidad de los síntomas somáticos, encontrándose asociación estadística entre estas dos variables, por lo que se concluyó que se encontró relación entre el desarrollo de síntomas somáticos y la presencia de sobrecarga en los cuidadores de pacientes geriátricos del área urbano-marginal de Payet.

Inventario de Distrés y Emoción auto percibido (IDEP) Validado por Manolete S. Moscoso (2010). Consta de 14 preguntas acerca de cómo el sujeto afronta no solo las situaciones de estrés sino diversas situaciones de crisis o en las que se le presentan dificultades de algún tipo. es decir, se refieren a sus sentimientos y pensamientos durante el mes recién pasado. En cada caso, se pide que indique con qué frecuencia o cuán a menudo se sintió o reaccionó de determinada manera. Dicho instrumento presenta una estructura factorial consistente con el marco conceptual en el cual se basó la construcción del instrumento, como también un elevado nivel de consistencia interna y validez convergente (Moscoso 2010).

El coeficiente Alpha de confiabilidad para el IDEP completo es 0.91, lo cual indica un buen nivel de consistencia interna y credibilidad para un instrumento de 12 ítems, teniendo en cuenta que el IDEP es un instrumento que presenta un número limitado de ítems. La consistencia interna de la prueba indicada por el coeficiente Alpha global es sorpresivamente elevada según Moscoso (2010).

Con respecto a su aplicación en el Perú, se utilizó en el estudio que tiene por nombre “Impacto del mindfulness en el estrés en trabajadores de una universidad de Lima sur” publicado en el año 2020, el cual tuvo como objetivo evaluar el impacto de un programa de mindfulness en el estrés fisiológico, distrés emocional, estrés percibido y estrés laboral en un grupo de trabajadores. Participaron 28 trabajadores universitarios (entre empleados y docentes), quienes habían registrado niveles altos de estrés laboral en una evaluación institucional previa. El programa consistió en seis sesiones de entrenamiento en mindfulness una vez por semana y con dos horas por sesión (12 horas en total), con las técnicas de la atención plena en la respiración, en el cuerpo, pensamiento, emociones y descanso. Se utilizaron mediciones de Biofeedback para evaluar cinco indicadores de estrés fisiológico (temperatura, respiración, pulso, volumen sanguíneo en la piel y presión arterial). A nivel de evaluación se utilizó el Inventario de Distrés Emocional Percibido ($\alpha = .85$), Inventario de Estrés Percibido $\alpha = .86$), Escala de Estrés Laboral ($\alpha = .90$), como medidas de pretest y postest. Se obtuvieron los siguientes resultados: Volumen sanguíneo en la piel ($d = 0.8$), pulso sanguíneo ($d = 0.8$) y frecuencia de la respiración abdominal ($d = 0.9$), distrés emocional ($d = 0.9$), el estrés percibido ($d = 0.7$) y el estrés laboral ($d = 0.6$). Se concluyó que el mindfulness tuvo un impacto significativo en la reducción del estrés en trabajadores universitarios.

Cuestionario de Salud SF – 12. Este instrumento ofrece un perfil del estado de salud. Constituye una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. El tipo de administración es de tipo autoadministrado, siendo también una opción mediante un entrevistador en entrevista telefónica o mediante software. El tiempo de cumplimentación es de < 2 minutos. Son 8 las dimensiones del SF-36 las cuales son: Función Física (2 ítems), Función Social (1 ítem), Rol físico (2 ítems), Rol Emocional (2 ítems), Salud mental (2 ítems), Vitalidad (1 ítem), Dolor corporal (1 ítem), Salud general (1 ítem). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Para efectos de operatividad se aplicará en la fase pretest y postest, para evaluar la permanencia de los cambios que se esperan alcanzar después de la realización de la aplicación de la fase experimental de manera colectiva.

Con respecto a su aplicación en Perú, se aplicó en un estudio relacionado con la Calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata en tratamiento de un instituto de Lima-Perú. El estudio fue de tipo descriptivo - transversal, el cual el tamaño muestral fue de 81 pacientes. Se incluyeron a aquellos pacientes entre 50 y 80 años, con diagnóstico histopatológico de cáncer de próstata en estadios clínicos III y IV. Para evaluar calidad de vida se empleó el UCLA-PCI-SF y el SF-12 v2. Para evaluar el riesgo de episodio depresivo mayor se empleó la prueba de Zung abreviado. Se concluyó que la calidad de vida está afectada significativamente en pacientes con cáncer de próstata avanzado, siendo la función sexual la más comprometida. Un alto porcentaje tuvo riesgo de depresión mayor. Se recomendó introducir intervenciones de salud mental e intervenciones para abordar la disfunción sexual en este grupo de pacientes.

Con relación a la revisión de la confiabilidad, se realizó la evaluación del cuestionario SF-12 en lo que se refiere a su verificación de utilidad de escala de salud mental. Se realizaron dos estudios, en el primero participaron 840 personas de entre 18 y 60 años y en el segundo estudio 970 personas de entre 18 y 60 años, ambos respondieron al cuestionario SF-12, el Inventario de depresión de Beck (BDI) y el Inventario de ansiedad por rasgos estatales (STAI). Se analizó la fiabilidad (consistencia interna y estabilidad temporal), junto con la construcción y la validez de criterio para la dimensión de salud mental. Los resultados arrojaron que la estimación de confiabilidad usando el alfa de Cronbach en ambos estudios fue superior a 0,74 en ambas dimensiones (física y psicológica). Construir el análisis de validez arrojó una solución compleja de tres factores. Se concluyó que el SF-12 y su escala de salud mental son adecuados para estudios de caracterización epidemiológica.

3.4. Descripción de procedimientos de análisis de resultados

Es el primer momento del estudio en el cual se toma contacto con los participantes realizando: a) las coordinaciones previas con las instituciones en las que trabajan los cuidadores participantes de la investigación, b) explicación de la naturaleza e importancia del trabajo en su desarrollo a nivel adaptativo y personal y, c) establecimiento de acuerdos a través del consentimiento informado. Asimismo, cabe mencionar que, por motivos de la manifestación de una variable extraña (Pandemia

COVID 19 originada por el virus SARS-CoV-2), la aplicación del programa fue de manera virtual por la plataforma “Zoom” o la que manejen las participantes del estudio. Posteriormente se empezó con el establecimiento de la línea base a nivel de evaluaciones pre - test para conocer cómo llegan los cuidadores al programa de entrenamiento en manejo de estrés. Las evaluaciones aplicadas son las competentes a la evaluación y monitoreo revisadas en la literatura e investigaciones antecedentes. Además, se trabajó de manera individual, en función del abordaje terapéutico propio de la terapia dialéctica conductual, técnicas de atención plena o “Mindfulness” en función del registro de tareas semanales (practica de Mindfulness en casa) a fin de ir comentando de manera individual o grupal los avances del acompañamiento y las reflexiones propias del cuidador institucional. Finalmente se trabajó en base a la evaluación postest a fin de verificar los cambios alcanzados durante la aplicación del programa de entrenamiento del manejo de estrés. A continuación, se presenta el programa de intervención por sesiones.

3.5. Programa de Mindfulness para el control del estado general de salud, distrés y sobrecarga de cuidadores de personas con deterioro cognitivo - Estructura por sesiones

Se puede observar el detalle de la estructura del programa indicando la evaluación de las necesidades, el objetivo general, el análisis de tareas, los objetivos específicos, estrategias de evaluación, la selección de medios (o instrumentos), producción de materiales y evaluación final (véase las tablas del programa en anexo).

4. CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Resultados descriptivos

4.1.1.1. Resultados descriptivos de las variables

Para el análisis de resultados del índice de sobrecarga se utilizó la prueba no

paramétrica de Wilcoxon para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el posttest y así como para observar el contraste existente en los dos momentos de la muestra. Se evidenció que los datos no pertenecen a una población con distribución normal, a un nivel de significancia del 0.05.

Asimismo, para medir el índice de calidad de vida y distrés percibido se utilizó la “T” de student para el análisis de muestras. Para estos efectos, a fin de evaluar los rangos de los puntajes obtenidos, relacionarlos y determinar si existen diferencias entre ellos, como alternativa complementaria se utilizó la prueba de Wilcoxon para comprobar la normalidad de los puntajes obtenidos y con respecto a los contrastes de normalidad se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, la misma que se usa cuando la muestra tiene como máximo un total de 50 participantes (en el caso del estudio la muestra constó de 35 participantes).

4.2. Análisis de los resultados o discusión de resultados

- **Evaluación pretest/posttest - Preguntas libres sobre el programa**

Con relacion a las pruebas no paramétricas aplicadas tanto en el pretest como el posttest se encontraron los resultados a nivel estadístico que se describen a continuación y que están relacionados con los rangos oscilatorios mínimo y máximo, la media y la variabilidad promedio respectivamente:

En la pregunta 1 en la fase pretest el rango de las calificaciones oscila entre 2 a 5, con una media de 3.94, siendo la variabilidad promedio igual a 0.619.

Asimismo, en la fase posttest correspondiente a la pregunta uno las calificaciones han oscilado entre 4 a 5 con un promedio de 4,19, siendo la variabilidad promedio de 0.397. De igual manera la distribución de las respuestas indica una asimetría negativa igual a -0.837, lo que indica que en la distribución de los datos hay una asimetría positiva.

En la pregunta 2 pretest el rango de las respuestas oscilatorias van de 4 a 5 con un promedio de 4. 38, siendo la variabilidad promedio de 0.492 con asimetría positiva.

Asimismo, en la fase postest, el rango de calificaciones oscila entre 4 a 5 con un promedio de 0.471, siendo la asimetría positiva.

En la pregunta 3 pretest el rango de las respuestas oscila entre 3 a 5 con un promedio de 4,22, siendo la variabilidad promedio de 0,608 siendo la asimetría negativa.

Asimismo, en la fase postest el rango de las respuestas oscila entre 2 a 5 con un promedio de 4,28, siendo la variabilidad promedio de 0,634 siendo la asimetría negativa.

En la pregunta 4 pretest el rango de las respuestas oscila entre 3 a 5 con un promedio de 4,31, siendo la variabilidad promedio de 0,693, siendo la asimetría negativa.

De igual manera, en la fase postest el rango de las respuestas oscila entre 3 a 5 con un promedio de 4.62, siendo la variabilidad promedio de 0.609, siendo la asimetría negativa.

En la pregunta 5 pretest el rango de las respuestas oscila entre 1 a 5 con un promedio de 3.53, siendo la variabilidad promedio de 1.164, siendo la asimetría negativa.

Asimismo, en la fase postest el rango de las respuestas oscila de 1 a 5 con un promedio de 2,94, siendo la variabilidad de promedio de 0,948, siendo la asimetría positiva.

En la pregunta 6 pretest el rango de las respuestas oscila entre 3 a 5 con un promedio de 3,69, siendo la variabilidad promedio de 0.644, siendo la asimetría positiva.

Finalmente, en la fase postest el rango de las respuestas oscila entre 3 a 5 con un promedio de 3.91, siendo la variabilidad promedio de 0.53, teniendo una asimetría negativa. Por lo que cabe resaltar en este punto que las respuestas han ido hacia un extremo evidenciando cambios de la fase pretest a la postest (Ver Tabla 1 de estadísticos descriptivos).

Tabla 1
Estadísticos descriptivos

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	Asimetría	Curtosis
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
i1pre	32	3	2	5	3,94	,619	-,837	2,631
i1post	32	1	4	5	4,19	,397	1,681	,877
i2pre	32	1	4	5	4,38	,492	,542	-1,824
i2post	32	1	4	5	4,31	,471	,849	-1,368
i3pre	32	2	3	5	4,22	,608	-,132	-,342
i3post	32	3	2	5	4,28	,634	-1,110	3,982
i4pre	32	2	3	5	4,31	,693	-,510	-,741
i4post	32	2	3	5	4,62	,609	-1,428	1,125
i5pre	32	4	1	5	3,53	1,164	-,670	-,353
i5post	32	4	1	5	2,94	,948	,131	-,788
i6pre	32	2	3	5	3,69	,644	,392	-,599
i6post	32	2	3	5	3,91	,530	-,120	,816
N válido (por lista)	32							

Asimismo, en lo que al cuadro de rangos se refiere (Ver Tabla 2) referido a las diferencias que se destacan en la pregunta 1 en la fase pretest y postest son los valores son positivos.

En la pregunta 2, en la fase pretest y postest sobresalen los puntajes correspondientes al rango negativo.

En la pregunta 3 en la fase pretest y postest sobresalen los puntajes correspondientes al rango positivo.

En la pregunta 4 en la fase pretest y postest sobresalen los puntajes correspondientes el rango positivo.

En la pregunta 5 en la fase pretest y postest sobresalen los puntajes correspondientes al rango negativo.

Finalmente, en la pregunta 6 en la fase pretest y postest sobresalen los puntajes correspondientes al rango negativo.

Tabla 2
Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
i1post - i1pre	Rangos negativos	3 ^a	6,50	19,50
	Rangos positivos	10 ^b	7,15	71,50
	Empates	19 ^c		
	Total	32		
i2post - i2pre	Rangos negativos	8 ^d	7,50	60,00
	Rangos positivos	6 ^e	7,50	45,00
	Empates	18 ^f		
	Total	32		
i3post - i3pre	Rangos negativos	6 ^g	7,67	46,00
	Rangos positivos	8 ^h	7,38	59,00
	Empates	18 ⁱ		
	Total	32		
i4post - i4pre	Rangos negativos	1 ^j	5,50	5,50
	Rangos positivos	10 ^k	6,05	60,50
	Empates	21 ^l		
	Total	32		
i5post - i5pre	Rangos negativos	15 ^m	13,37	200,50
	Rangos positivos	7 ⁿ	7,50	52,50
	Empates	10 ^o		
	Total	32		
i6post - i6pre	Rangos negativos	3 ^p	6,00	18,00
	Rangos positivos	9 ^q	6,67	60,00
	Empates	20 ^r		
	Total	32		

- **Estadística de la prueba**

Con relación a la pregunta 1 de diferencias entre la fase pretest y postest se observa la existencia de diferencias significativas por ser estas menores a 0.05.

Asimismo, en las preguntas 4 y 5 analizando las fases pretest y postest también se encuentran diferencias significativas.

Finalmente, en las preguntas 2, 3 y 6 no se encuentran diferencias significativas, cabe señalar que los datos obtenidos en la tabla de estadísticos de la prueba se obtuvieron mediante prueba de “T” de Wilcoxon, la misma que es una prueba no paramétrica, ya que los datos de medición se encuentran en un nivel nominal y/u ordinal con distribución libre (Ver Tabla 3)

Tabla 3

Estadísticos de prueba

	i1post - i1pre	i2post - i2pre	i3post - i3pre	i4post - i4pre	i5post - i5pre	i6post - i6pre
Z	-2,000 ^b	-,535 ^c	-,440 ^b	-2,673 ^b	-2,482 ^c	-1,807 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,046	,593	,660	,008	,013	,071

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

c. Se basa en rangos positivos.

- **Pruebas de normalidad**

Al respecto y no hay evidencias significativas de normalidad en los puntajes obtenidos en las fases tanto pretest como postest respectivamente, ya que los datos observados difieren poco de lo esperado, siendo esta de una distribución normal con la misma media y desviación típica. (Ver Tabla 4).

Tabla 4
Pruebas de Normalidad

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
i1pre	,726	32	,000
i1post	,478	32	,000
i2pre	,615	32	,000
i2post	,585	32	,000
i3pre	,763	32	,000
i3post	,674	32	,000
i4pre	,777	32	,000
i4post	,638	32	,000
i5pre	,872	32	,001
i5post	,886	32	,003
i6pre	,770	32	,000
i6post	,705	32	,000

- **Evaluación pretest/postest – participantes del programa**

Estadísticos descriptivos

Análisis exploratorio de datos. (Mencionar las características generales de los datos)

A continuación, las características generales de los datos pretest y postest de la aplicación del test de sobrecarga de Zarit, el inventario de distrés percibido (IDEP) y el Cuestionario de Salud (SF – 12), en lo que a puntajes globales se refiere (Ver Tabla 5):

Con respecto a la sobrecarga pretest se encuentra que los puntajes oscilan en un rango mínimo de 1 y máximo de 60, siendo el promedio del puntaje 23.28, con una variabilidad promedio de 15.356, siendo la asimetría de los puntajes positiva igual a 0.813.

Asimismo, en lo que se refiere a la sobrecarga postest los puntajes oscilan entre 4 y 65, con un promedio del puntaje de 22.09 y una variabilidad de 14.250, siendo la asimetría positiva con puntaje igual a 1.138.

73

De igual forma, con respecto al índice de distrés percibido, en el pretest el puntaje oscila entre 1 a 18, con un promedio del puntaje de 8.84 y una variabilidad de 4,041, siendo la asimetría positiva con un puntaje de 0.253.

De la misma manera, con respecto al postest se encuentra que los puntajes oscilan entre 0 a 19, con un promedio del puntaje de 8.22 y una variabilidad de 4.323, siendo la asimetría positiva con un valor de 0.518.

Además, en lo que se refiere al índice de calidad de vida en el pretest el puntaje oscila entre 22 a 38, con un promedio del puntaje de 30.97 y una variabilidad de 4.337, siendo la asimetría negativa con un valor de 0.360.

Finalmente, en el postest, el puntaje oscila entre 22 a 40, siendo el puntaje medio de 32.53 con una variabilidad de 4.522, siendo la asimetría negativa con un valor de -0.476.

Tabla 5
Estadísticos descriptivos

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
Sobrecarga-pretest	32	59	1	60	23,28	15,356	,813	,359
Sobrecarga - Postest	32	61	4	65	22,09	14,250	1,138	1,501
IDEP - Pretest	32	17	1	18	8,84	4,041	,253	,096
IDEP - Postest	32	19	0	19	8,22	4,323	,518	,531
SF12 - Pretest	32	16	22	38	30,97	4,337	-,360	-,677
SF12 - Postest	32	18	22	40	32,53	4,522	-,476	-,110

Tabla 6

Prueba de normalidad de la distribución de los datos

Pruebas de normalidad			
	Shapiro- Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Sobrecarga pretest	,938	32	,065
Sobrecarga posttest	,913	32	013
IDEP – Pretest	,969	32	,474
IDEP – Posttest	,970	32	,502
SF12 – Pretest	,964	32	,351
SF 12 – Posttest	,967	32	,429

*. Esto es un limite inferior de la significacion verdadera
Corrección de significacion de Lilliefors.

Con respecto a las pruebas de normalidad, se observa que la mayoría de los puntajes de las variables estudiadas tienen normalidad, por lo que se usaron pruebas paramétricas.

Al respecto, para el análisis de sobrecarga, se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon y para el análisis del IDEP y SF12, se contó con la prueba paramétrica de “T” de student para muestras relacionadas mayores a 0.05.

Finalmente es necesario precisar que cuando el grado de significación es mayor a .05, la distribución es normal (se usan pruebas paramétricas) pero cuando el grado de significación es menor a .05, la distribución no es normal, es decir, se usan pruebas no paramétricas (Ver Tabla 06).

- **Análisis inferencial de sobrecarga**

Comparando los puntajes del pretest con el postest mediante la “T” de Wilcoxon se encuentra que las diferencias no son significativas (Véase Tabla 7)

Tabla 7

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Sobrecarga - Postest - Sobrecarga - Pre	Rangos negativos	17 ^a	17,29	294,00
	Rangos positivos	13 ^b	13,15	171,00
	Empates	2 ^c		
	Total	32		

a. Sobrecarga - Postest < Sobrecarga – Pre

b. Sobrecarga - Postest > Sobrecarga – Pre

c. Sobrecarga - Postest = Sobrecarga – Pre

De igual manera, no se identificaron diferencias en los niveles de sobrecarga al encontrarse puntajes mayores a 0.05 (valor de p de 0.205) por lo que se puede concluir que no hay suficiente evidencia para indicar que existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest respecto a la intervención para la sobrecarga (Ver Tabla 8)

Tabla 8

Estadísticos de prueba

	Sobrecarga - Postest - Sobrecarga - Pre
Z	-1,267 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,205

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

- **Análisis inferencial de IDEP**

De la misma manera, comparando con la prueba T de Student, los puntajes pretest y postest se evidencia que las diferencias no son significativas al encontrarse un puntaje mayor a .05 (p valor = ,406) (Ver Tabla 9).

Tabla 9
Diferencias emparejadas- Puntajes Pretest/Postest

		Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	IDEP - Pretest - IDEP - Postest	,625	4,195	,742	-,887	2,137	,843	31	,406

- **Análisis inferencial de SF12**

Finalmente, comparando con la T de student, los puntajes pretest y postest las diferencias estadísticas no son significativas al encontrarse un puntaje mayor a .05 (p valor = .54)
(Ver Tabla 10)

Tabla 10
Prueba de muestras emparejadas

Prueba de muestras emparejadas									
Diferencias emparejadas									
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			

Par	SF12 - Pretest -	-	4,414	,780	-3,154	,029	-	31	,054
2	SF12 - Posttest	1,563					2,003		

4.2. Análisis de los resultados o discusión de resultados

Discusión

Al respecto de los resultados obtenidos por el procesamiento de datos, se puede decir que estos se han obtenido de dos maneras, la primera mediante un cuestionario de preguntas libres para observar el nivel de vinculación que tiene el/la participante con el desarrollo del programa, el cual se realizó a través de las siguientes preguntas: 1) “tengo buena autoestima”, 2) “Tengo buenas cualidades”, 3) “Puedo hacer frente a cualquier problema”, 4) “Me gusta ser como soy”, 5) “Estrés significa: estar ansioso o preocupado ¿Me siento así?” y 6) “En general, podría decir que mi salud es: a) muy mala, b) mala, c) regular d) buena, e) muy buena” y la segunda forma de obtención de resultados fue mediante la aplicación de pruebas paramétricas para medir los índices de estado de salud, distrés percibido y sobrecarga emocional en cuidadores de personas con deterioro cognitivo de lima metropolitana.

A estos respectos, se han encontrado resultados que difieren entre si tomando como referencia el contexto sobre el que realizó la medición ya que si bien las preguntas libres están orientadas a la percepción sobre sus roles laborales en la casa de reposo (es decir el rol del/de la cuidadora/dor) estos difieren con la aplicación de las pruebas psicométricas, las mismas que están relacionadas al estilo de vida del cuidador/ra el mismo que va más allá de sus labores de cuidado en la casa.

Con relacion a ello, se ha evidenciado que el compromiso que tienen los participantes respecto a la aplicación del programa ha sido puesto de manifiesto en la realización de las tareas semanales (practica de los videos: “Mindfulness: primeros pasos”, “Mindfulness en las emociones” y “Concentración relajada en la respiración”) quedando evidenciada la adherencia al programa desde el inicio hasta el final con las deserciones propias del desarrollo del programa.

Asimismo, se destaca el compromiso de los cuidadores en el desarrollo de sus roles laborales, por lo que, en su mayoría, el estrés que manifiestan está más

relacionado con el alejamiento del entorno más cercano (es decir familia, amigos y pareja) que por las labores de cuidado de los residentes de las casas de reposo. Gran parte de los participantes del programa es personal extranjero procedente de

78

Venezuela de sexo femenino. Esto guarda relación por lo expuesto por Zambrano y Ceballos (2007) que concluyeron que la presentación de variables como la indefensión aprendida, interés social, personalidad resistente, género, demandas emocionales, estrategias de afrontamiento, percepción de autoeficacia y patrón de conducta tipo A son importantes para estudiar los factores relacionados con la sobrecarga emocional dentro de la labor del cuidador en el contexto nacional.

No obstante, el estrés o fastidio que experimentan los participantes durante el desarrollo de sus roles de cuidado, se da, en la mayoría de los casos, por aspectos propios de la rutina de la casa como son 1) el sonido del timbre 2) los mensajes que llegan al celular de los familiares de los pacientes, 3) las llamadas telefónicas y 4) los reclamos de los familiares de los residentes, entre otros que interfieren con la atención y disposición que tienen los participantes para poder desarrollar sus roles laborales con absoluta precisión y entrega dentro de la residencia geriátrica en la que trabajan. Esto complementa lo dicho por Tartaglino, Clemente y Dorina (2007) al poner énfasis en el contexto del estadio de la enfermedad del paciente con deterioro cognitivo, el cual constituye un indicador de incidencia de acumulación, tolerancia y sobrecarga del cuidador del paciente dependiente con DC.

De igual forma, con relación a la jerarquía de roles (concretamente en la casa de reposo "Palmeras") se evidenció un cierto grado de competencia en lo referente a los roles y funciones de la residencia geriátrica, correspondientes al grado académico obtenido (Licenciadas vs Técnicas en Enfermería), los mismos que están relacionados con un evidente deseo de productividad y reconocimiento, según se manifestó durante el desarrollo del programa. Aquí es importante resaltar el concepto de meritocracia académica en relación al grado de formación alcanzado, como lo indican Cerquera Granados y Buitrago (2012) al determinar que los datos demográficos como el nivel académico alcanzado y el estrato socioeconómico están relacionados con la aparición o ausencia de sobrecarga emocional.

Al respecto de este deseo de productividad, la mayoría opta por no reconocer los niveles de sobrecarga en nombre de un deseo de demostrar no solo una mayor productividad sino también un mayor nivel de resistencia o tolerancia no dosificado

frente al estrés, el mismo que les permitirá a los cuidadores institucionales demostrar sus competencias y así asegurar su permanencia laboral en la casa de reposo por una cuestión de protección de su trabajo.

79

Otro aspecto para tomar en consideración, dentro del desarrollo del programa es la presencia de la pandemia del SARS cov 2, la misma que ha sido determinante no solo en el desarrollo del programa sino también en la rutina de vida y trabajo de los participantes de la investigación, siendo esta una variable extraña para tomar en consideración y que es imposible de controlar. En su lugar la adaptación de la participación de los cuidadores en el programa se realizó de manera virtual, manteniéndose el principio de recompensa desde la fase pretest hasta la fase posttest, es decir se les hizo entrega de diplomas de reconocimiento y agradecimiento. En este punto, la presente investigación difiere de todos los estudios mencionados como antecedentes, ya que al trabajar de manera virtual introduce la variable SARS cov 2 dentro del contexto presencial, enriqueciendo de esta manera la literatura científica para la aplicación de programas posteriores a casos similares.

No obstante, de manera paralela, como se indicó anteriormente, están las preocupaciones propias de la vida del cuidador las mismas que se evidenciaron en el desarrollo del programa mediante el compartir de ideas, por lo que dentro de estas preocupaciones se evidenciaron: 1) problemas de pareja, 2) deseo de contraer matrimonio, 3) deseo de tener hijos y 4) deseo de culminar estudios, ya sea en universidad o instituto superior. Los datos se obtuvieron en la sesión de clausura donde se realizó la técnica del "Biofeedback". Esto discrepa de lo expuesto por López (2013) al concluir que la mayoría de los cuidadores indicaron tener una mejor calidad de vida de forma global, dejando claras las necesidades de satisfacción de áreas específicas del cuidador como individuo y que influyen en sus labores dentro de las residencias institucionales.

De igual manera para efectos comparativos en materia de resultados pretest y post test, se realizaron cuadros de evaluación de los participantes relacionados con las variables del estudio, es decir, estado de salud, estrés y sobrecarga emocional) contrastados de manera paralela con los resultados de percepción de los participantes respecto a los aspectos del presentados en el programa, esto es, percepción del autoestima y autoconcepto, cualidades y capacidades para solucionar problemas y cuantificación del estado de salud.

Se mantuvo contacto con los miembros de los grupos experimentales de las diferentes casas de reposo con las que se trabajó, tanto de manera particular cuando no disponían de tiempo para el trabajo grupal de manera virtual como de manera grupal, ya que, al ser las casas parte de red residencial se distribuyeron a los miembros de las casas para cubrir espacios dejados por personal que abandonaba la casa por motivos de salud, académicos, económicos, entre otros.

En este punto, dado que la presente investigación buscó estudiar los efectos de la aplicación de un programa basado en mindfulness para el control del estado general de salud, distrés y sobrecarga en cuidadores de personas con deterioro cognitivo, se observa que guarda estrecha relación con lo propuesto por Grandia, Burgueño e Irurtiac (2018) los cuales realizaron un estudio sobre la eficacia del programa para la reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) para cuidadores familiares de personas con demencia, el cual buscó examinar la eficacia del programa de reducción de los niveles de estrés en una población de 309 participantes que reunían las características similares a los participantes de la muestra del presente estudio (cuidadores de personas con deterioro cognitivo).

Como en el caso del estudio se concluyó que son necesarios más estudios empíricos que puedan establecer protocolos aplicados a la realidad de cada país según el contexto por el que atraviesen los cuidadores de personas con deterioro cognitivo a fin de poder homogenizar los resultados y traducirlos en guías de prevención y abordaje para los participantes.

Finalmente, aunque lo propuesto por Grandia, Burgueño e Irurtiac (2018) constituye una referencia sobre la eficacia de los programas para la reducción de estrés basados en mindfulness (MBSR) en cuidadores familiares de personas con deterioro cognitivo, este tipo de programas puede generalizarse también a cuidadores institucionales, ya que los beneficios en ambos grupos de aplicación del programa, es decir, tanto en cuidadores familiares como institucionales, son los mismos en materia de mantenimiento no solo de la funcionalidad sino también del estado de salud, ya que en ambos están expuestos a situaciones generadoras de distrés percibido y sobrecarga emocional.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Por lo expuesto anteriormente, se observa a nivel de media estadística en lo que se refiere a sobrecarga emocional, una baja en los puntajes comparativos de la fase pretest con la fase posttest en cuidadores de personas con deterioro cognitivo, considerando el momento y la forma en que se realizó el programa (aplicación de programa en tiempos de pandemia por COVID 19).
- Además, se concluye que la media estadística comparando de la fase pretest con la fase posttest, en materia de los índices de distrés percibido, también han bajado en los participantes del estudio, considerando el momento y la forma en que se realizó el programa (aplicación de programa en tiempos de pandemia por COVID 19).
- Asimismo, se incrementó media estadística de la calidad de vida expresada en los puntajes comparativos de la fase pretest y posttest en cuidadores de personas con deterioro cognitivo, el momento y la forma en que se realizó el programa (aplicación de programa en tiempos de pandemia por COVID 19).
- De igual forma, cabe mencionar que como la muestra es pequeña eso ha influido para que los cambios no sean significativos (se empezó la aplicación del programa con 35 participantes y se terminó con 32).
- A nivel de psicología, ha habido cambios significativos dentro de los hallazgos de la investigación (significancia practica) siendo insuficiente la significancia estadística para efectos del presente estudio.
- De igual manera, si bien a nivel de sobrecarga, distrés percibido y estado de salud no ha habido diferencias significativas, si lo ha habido en la aplicación de las preguntas sueltas comparando las fases pretest con la de posttest.
- En materia cualitativa, los generadores de distrés en los participantes del programa están relacionados con aspectos de su vida personal, sentimental y

familiar, los mismo que están relacionados con la sensación de añoranza al estar en un país extranjero.

- Asimismo, los niveles de distrés percibido y sobrecarga emocional están compensados por el compromiso y competencia demostrados durante las labores del cuidador de personas con deterioro cognitivo.
- De igual manera, la acumulación de sobrecarga en los cuidadores de personas con deterioro cognitivo se da principalmente a la falta de apoyo en actividades que le permitan disponer de más libertad para el desarrollo de protocolos y procedimientos propios de la labor del cuidado de personas dependientes.
- La presencia de la variable pandemia COVID 19 ha afectado no solo las funciones de los cuidadores de personas con deterioro cognitivo sino también en lo que se refiere a su aspecto personal.
- Finalmente, para el desarrollo de este trabajo se encontraron dos limitaciones que afectan la generalización de los resultados. Por un lado, se encontró que la selección de los participantes del estudio no fue realizada de manera aleatoria, por lo que los resultados solo pueden ser aplicados en personas con las mismas características que los participantes, es decir, cuidadores institucionales de personas con deterioro cognitivo, lo que limita la ampliación a casos diferentes y, por otro lado, el tamaño de la muestra no permite la diversificación de los resultados correspondientes a la fase postest.

Recomendaciones

- Se recomienda la implementación de programas basados en mindfulness como complemento no solo de la capacitación en residencias geriátricas sino también como medida preventiva de casos de distrés percibido y sobrecarga emocional a fin de garantizar la calidad de vida necesaria para el fortalecimiento del estado de salud en cuidadores de personas con deterioro cognitivo.

- Asimismo, se recomienda empezar un trabajo de entrenamiento en identificación y manejo de respuestas frente al estrés basados en el análisis funcional

83

- (respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y motor/sociales) a fin de centrar al cuidador en el “aquí y ahora”.
- Monitoreo de hábitos de vida que influyan en la aparición de factores protectores que les permitan a los cuidadores de personas con deterioro cognitivo mejorar su calidad de vida y así fortalecer su estado de salud.
- Finalmente, generar una guía de prevención de sobrecarga emocional y distrés percibido basada en mindfulness a fin de que se les permitan a los cuidadores de personas con deterioro cognitivo desarrollar filtros emocionales que les ayude a estar en un estado de presencia en el “aquí y ahora”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta S, Bonilla L, Bonero V, Amesquita W (2019) “Programas de intervención en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín.

Anchorena, M (2020) “Sociedad Mindfulness y Salud”; Humboldt 1924, Piso 3
Palermo, Buenos Aires Argentina, recuperado de [https://www. mindfulness-salud.org](https://www.mindfulness-salud.org).

Alvarado (2013) “Estudio sobre el agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil del centro de atención del adulto mayor “Tayta Wasi””, Universidad San Martín de Porres, Lima.

Armas J, Carrasco M, Ángel S, López Y (2009) “Aproximación a los criterios para la definición de deterioro cognitivo leve: modelos diagnósticos y evolución” - Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Medisur.

Ccahua W; Chambi G (2019) “Estrés laboral en el desempeño de los docentes de las instituciones educativas particulares John Forbes y el colegio Andrés de santa cruz del distrito de cerro colorado”, Arequipa, 2018”, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa - Facultad De Ciencias De La Educación, Arequipa.

Camacho L, Hinostroza G, Jiménez A (2010) “Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Ciudad de México.

Calero R, Fernández C, Roa J (2009) “Cuidador informal de personas mayores dependientes y estrés percibido, Scientia: revista multidisciplinaria de ciencias de la salud. Madrid.

Carta Internacional de los Derechos Humanos.

Casanova P (2004) “Deterioro cognitivo en la tercera edad” Revista Cubana de Medicina General Integral, La Habana.

Cerquera A, Granados F, Buitrago A (2012) “Estudio sobre la sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer”, Bucaramanga.

Chacón y Valverde (2013) “Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer”, Hospital Regional Docente de Trujillo, Trujillo.

Conde J (2005) “La Demencia y familiares cuidadores abordando las variables de deterioro, sobrecarga y apoyo social”- Universidad de Barcelona, Barcelona.

Crespo M; López J (2007) “El apoyo a los cuidadores de mayores dependientes:

Presentación del programa: "Cómo mantener su bienestar", Universidad Complutense de Madrid – Revistas hospitalarias, Madrid.

85

Custodio, N; Montesinos, R; Alarcón, J (2018) “Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia” Instituto Peruano de Neurociencias, Lima – Perú.

Custodio N, Garcia A, Montesinos R, Escobar J, Bendejú, L (2008) “Indicadores de sujetos con deterioro cognitivo en Perú”; Clínica internacional – Unidad de investigación; Lima.

Espín, A (2007) “Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia” Escuela latinoamericana de medicina; La Habana.

Fernández, J; Fernández M (1990) “Factores que influyen en la tolerancia familiar hacia los ancianos demenciados” - Revista española de geriatría y gerontología; Valladolid.

Guerrero L, Ramos R, Alcolado A, López Ma, Lucas J, Quesada M (2008) “Programa de intervención multidisciplinaria para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria”, institut Catalá de la salut, Girona.

Gonzales Cl, Aranza G (2018) “El estrés en cuidadores de personas enfermas o dependientes” Universidad de la laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.

Gonzales I (2012) “El neuroticismo y la extraversión de los cuidadores de personas con demencia como factores moduladores de sobrecarga asistencial” Universidad da Coruña, La Coruña.

Grandi F, Burgueño L, Irutia Ma (2018) “Eficacia del programa de reducción del estrés basado en mindfulness para cuidadores familiares de personas con demencia. Revisión sistemática de estudios clínicos aleatorios”. Revista española de geriatría y gerontología, Madrid

Hernández, Z (2016) “Cuidadores del adulto mayor residente en asilos” Instituto de investigaciones Psicológicas de la universidad veracruzana, Veracruz.

86

Herrera, A (2003) “Sexualidad en la Vejez: ¿Mito o Realidad?” - Universidad de Chile y clínica las Condes - Revista chilena de obstetricia y ginecología, Santiago de Chile.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) recuperado de

<http://www.inei.gob.pe>), Av. Gral. Garzón 654 - 658, Jesús María Lima-Perú.

Morris, Ch; Maisto, A (2001) “Psicología – Décima Edición” – Editorial Pearson Educación, México.

Jofré V, Sanhueza O; 2010; “Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales”, Universidad de concepción en chile, Chile.

Korman, G, Garay, C (2012) “El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (Mindfulness)” Revista Argentina de Clínica Psicológica, Fundación Aiglé, Buenos Aires.

Libre J, Guerra M (2002) “Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer”; trabajos de revisión; Rev. Cubana Med. Gen (Vol.18 N.4) Ciudad de La Habana.

López (2013) “estudio sobre la calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del hospital “Guillermo Almenara Irigoyen”, Universidad Ricardo Palma, Lima.

Mañas (2011) “Mindfulness (Atención Plena): La Meditación En Psicología Clínica” Universidad de Almería (Publicado En: Gaceta De Psicología, N.º 50).

Méndez S, Cuevas A, (2014) “Manual introductorio al SPSS Statistics Standard Edition 22”, Universidad de Celaya e Instituto Politécnico Nacional, Celaya.

Miranda L, Alexander B, Quicaño R, Chávez P, Ramiro A (2016) “Calidad de vida en

pacientes con cáncer de próstata en tratamiento en un instituto de Lima-Perú”,
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima.

87

- Montalvo A, Flores I (2009) “Cuidadores de Cartagena y su contexto de cuidado: estudio comparativo”; Universidad de Cartagena; Cartagena.
- Molina J, Iáñez Ma y Iáñez B, (2004), “Estudio correspondiente al apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer” - Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, Granada.
- Molinuevo J, Hernández B (2011) “Perfil del cuidador informal asociado al manejo clínico del paciente con enfermedad de Alzheimer no respondedor al tratamiento sintomático de la enfermedad” Grupo de Trabajo del Estudio IMPACT, Barcelona.
- Moscoso, M, (2011) “El estrés crónico y la medición psicométrica del distrés emocional percibido en medicina y psicología clínica de la salud” – Universidad del Sur de la Florida, Estados Unidos.
- Oblitas L, Anicama J, Bayona L, Bazán C, Ferrel F, Núñez N, “Impacto del mindfulness en el estrés en trabajadores de una universidad de Lima sur” – Universidad Autónoma del Perú – SaludUninorte (Vol. 35) (2020), Lima.
- Oliver, E (2015) “Síndromes psicopatológicos: Ayer y Hoy” - Ediciones Libro Amigo EIRL; Lima.
- Pardo A (1997) “¿Que es la salud?”, Departamento de Bioética- Universidad de Navarra Revista de Medicina de la Universidad de Navarra.
- Parodi, Montoya, Rojas y Morante (2015) “Estudio sobre los factores de riesgo

asociados al tres del cuidador del paciente adulto mayor”, Universidad San Martín de Porres, Lima.

Peinado, A., Garcés E. (1998). “Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*.

88

Peña J, Macías N, Morales F (2011) “Manual de prácticas básicas del adulto mayor – 2da edición, editorial “El Manual Moderno S.A.”, México D.F.

Pérez A (2008) “Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del módulo sociocultural del estrés y afrontamiento”, Universidad de Salamanca, Salamanca.

Quintero B, Rodríguez S (2020) “Revisión documental de la sobrecarga en cuidadores de pacientes con trastornos mentales” – Universidad autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga.

Ramos C, Martínez E (2000) “Bases neurológicas de la incontinencia urinaria” Hospital San Francisco de Asís, Hospital la fe – Clínicas Urológicas complutenses – Servicio de publicaciones, Madrid.

Rodríguez J, Archilla Ma, Archilla M (2014) “Estudio sobre la sobrecarga de los cuidadores informales” – Universidad de Almería, Almería.

Romagosa Ma (2018) “¿Cómo cuidar a quien cuida? Experiencias e intervenciones con personas cuidadoras, Universidad autónoma de Madrid, Madrid.

Romano, M; Nissen M, Del Huerto N; (2007) “La Enfermedad de Alzheimer”, Revista de Posgrado de la 6ta Cátedra de Medicina. (Nº 175).

Romero, Z; Cuba, M (2013) “Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú”, Universidad Cayetano Heredia – Revista Médica Herediana, Lima.

Saavedra F, Bascón M, Arias S, García M, Mora D (2013) “Cuidadoras de familiares dependientes y su salud en relación a la influencia de su participación en un taller de control de estrés”, Universidad de Sevilla, Sevilla.

89

Sánchez P, Mourente P, Olazarán J; (2000); “Estudio sobre los Beneficios de un programa de formación del cuidador de paciente en demencia”.

Sánchez, H, Reyes C;(2015); “Metodología y Diseños en la Investigación Científica – Quinta Edición”, Editorial Business Support Aneth S.R.L., Ate – Lima.

Sandoval C; (2016) “La enfermedad del olvido – confrontando el Alzheimer y otras demencias”, Editorial Planeta S.A., Lima – Perú.

Salazar L, Castro E, Dávila P (2019) “Carga del cuidador en familiar de personas con enfermedad mental vinculadas a programa de hospital de día de una institución de tercer nivel en Cali”, Revista colombiana de psiquiatría, Cali.

Serrano C, Allegri R, Caramelli P, Taragano F, Camera L (2007) “Deterioro cognitivo leve encuesta sobre actitudes de médicos especialistas y generalistas”, Buenos aires.

Simón (2011), “Aprende a practicar mindfulness y abrir el corazón a la sabiduría y la compasión”, Sello Editorial, Barcelona.

Tartaglini M, Clemente M, Dorina; 2007, “Estudio sobre el apoyo social y sentimiento de sobrecarga. un recurso psicosocial diferencial en cuidadoras de cónyuges con demencia en estadio leve y moderado”, Instituto de Neurociencia de Buenos Aires, Buenos aires.

Vásquez – Dextre (2016) “Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas”, Revista de Neuropsiquiatría, Lima.

Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F (2004) “Características del deterioro

cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional” - Revista Sociedad Peruana de Medicina Interna, Lima.

90

Vélez J, Lopera, ??, Berbesí D, Cardona D, Segura A, Molina J (2011) “Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín”, Maestría en Epidemiología, Universidad CES, Medellín, Colombia.

Vera P-Villaruel J, Celis K, Pávez P (2014) “Evaluación del cuestionario SF-12 verificación de la utilidad de la escala salud mental” Revista Médica de Chile.

Villacis D (2020) “Elaboración de una guía de consumo de alimentos con propiedades que contribuyan a calmar la ansiedad” (Tesis de pregrado) - Universidad de las Américas, Quito.

Zambrano R, Ceballos P; 2007, Asociación Colombiana de Psiquiatría, “Estudio sobre el síndrome de carga del cuidador”, Colombia.

5. ANEXOS

- **Declaración de autenticidad y no plagio**

FORMATO 4.3: Declaración de autenticidad y no plagio

	Universidad Ricardo Palma	Escuela de Posgrado
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO		
DECLARACIÓN DEL GRADUANDO		
Por el presente, el graduando: (Apellidos y nombres)		
ESTEBAN GARCIA GINO		
en condición de egresado del Programa de Posgrado:		
PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD		
deja constancia que ha elaborado la tesis intitulada:		
EFECTOS DEL PROGRAMA PARA EL CONTROL DEL ESTADO GENERAL DE SALUD, DISTRES Y SOBRECARGA DE CUIDADORES DE PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO		
<p>Declara que el presente trabajo de tesis ha sido elaborado por el mismo y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica, de investigación, profesional o similar.</p> <p>Deja constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no ha asumido como suyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de la Internet.</p> <p>Asimismo, ratifica que es plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asume la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y es consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.</p> <p>En caso de incumplimiento de esta declaración, el graduando se somete a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y los dispositivos legales vigentes.</p>		
 Firma del graduando		17/09/2020 Fecha

- Autorización de consentimiento para realizar la investigación

ANEXO D: AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN



Universidad
Ricardo Palma

Escuela de Posgrado

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

**DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL AREA O DEPENDENCIA
DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACIÓN**

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

Efectos de un programa para el control del estado general de salud, desde psobmca en unidades de personas con deterioro cognitivo.

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. Estudiante (Apellidos y nombres):

Orino Esteban Garcia

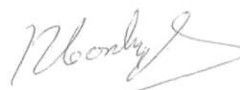
, en condición de estudiante - investigador del Programa de:

Psicología Clínica y de la Salud.

Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa: CONARIS RESIDENCIAS PARA EL PUERTO MANSO SAC. (S)	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el Informe Final	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Apellidos y Nombres del Jefe/Responsable del área: Rosario Soledad Conby Lopez	Cargo del Jefe/Responsable del área: Gerente General	
Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular: 985092727 4374831	Correo electrónico de la empresa: svastaeck@yahoo.com	


Firma

03/02/20
Fecha

ANEXO D: AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN



Universidad
Ricardo Palma

Escuela de Posgrado

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

**DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL AREA O DEPENDENCIA
DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACIÓN**

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

Ejercicio de un programa para el control del estado general de salud, dietas y sobrepeso en ciudades con de personas con diabetes asintomáticas.

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. Estudiante (Apellidos y nombres):

GINO ESTEVES GARCIA.

, en condición de estudiante - investigador del Programa de:

Psicología Clínica y de la Salud

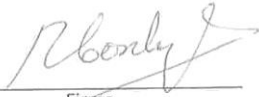
Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa: MEDICAL PERUVIANA S.A.C.	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el Informe Final	SI NO
---	---	----------

Apellidos y Nombres del Jefe/Responsable del área: Rosario Soledad Conchy López	Cargo del Jefe/Responsable del área: Gerente General
--	---

Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular: 98052727 4374560	Correo electrónico de la empresa: suastredh@yachos.com
--	---



 Firma

 03/2/20
 Fecha

FORMATO 4.4: Autorización para realizar la investigación



Universidad
Ricardo Palma

Escuela de Posgrado

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL AREA O DEPENDENCIA
DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACIÓN

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

Efectos del programa para el control del estado general de salud, dietas y sobre carga en cuidadores de personas con deterioro cognitivo.

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. Estudiante (Apellidos y nombres):

Gemo Esteves Garcia

, en condición de estudiante - investigador del Programa de:

Psicología Clínica y de la Salud

Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación dando las facilidades del caso para aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa: Line Medica Group S.A.C.	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el Informe Final	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---	---

Apellidos y Nombres del Jefe/Responsable del área: Olaf Zenón Romero Solórzano	Cargo del Jefe/Responsable del área: Gerente General
---	---

Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular: 01-2580575 941394099	Correo electrónico de la empresa: rglaspalmeras@gmail.com
--	--

LINE MEDIC GROUP SAC

Olaf Zenón Romero Solórzano
Gerente General

20-11-2020

Fecha

• Matriz de consistencia

Problema Principal	Objetivo General	Hipótesis General	Variables Independientes	Indicador de V.I.	Variables Dependientes	Indicador de V.D
¿Cuál es el efecto del programa para el control del estado de salud, distrés y sobrecarga de un grupo de cuidadores de personas con deterioro cognitivo de tres centros de apoyo?	Determinar el efecto del programa para el control del estado general de salud, distrés y sobrecarga de cuidadores de personas con deterioro cognitivo de tres centros especializados de lima metropolitana.	La implementación de un programa para el control de distrés y sobrecarga tendrá efectos significativos en el estado de salud de un grupo de cuidadores de personas con deterioro cognitivo de siete centros de apoyo.	Programa para el control del estado general de salud, distrés y sobrecarga.	Dificultades respiratorias. Cefalea Agotamiento Insomnio Somnolencia Erupciones Taquicardias Hiperventilaciones. Inapetencias.	Estado de salud general.	Dolor corporal Vitalidad Rol físico
				Pena Culpa Enojo Vergüenza. Sensación de impotencia. Ira. Decepción Desesperanza Angustia Ansiedad.		Distrés Emocional.
				Cuestionamientos. Ideas de deserción. Ideas aversivas respecto a la persona que cuida. Deseo de abandonar todo. Pensamientos decepcionantes. Ideas de soledad y catastrófización. Gritos Dificultades en las relaciones interpersonales. Malos tratos hacia el adulto mayor que cuida. Deserciones laborales	Sobrecarga.	
						Frustración. Ansiedad Decepción. Creencias discapacitantes y desvalorizantes. Deserción de la labor del cuidador.
						Salud física Salud psíquica Recursos económicos Actividades sociales.

Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas				
<p>¿Qué diferencias existen en el estado general de salud entre un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o mindfulness y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción?</p> <p>¿Qué diferencias existen en el grado de sobrecarga entre un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o "mindfulness" y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción del programa?</p> <p>¿Qué diferencias existen en el nivel de distrés percibido entre un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o "mindfulness" y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción del programa?</p>	<p>Identificar si existen diferencias significativas sobre el estado general de salud libre de somatizaciones en un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o "mindfulness" y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción del programa.</p> <p>Identificar si existen diferencias significativas sobre la ausencia del grado de sobrecarga en un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o "mindfulness" y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción del programa.</p> <p>Identificar si existen diferencias significativas sobre la ausencia de distrés percibido en un grupo de cuidadores que reciben un programa de atención plena o "mindfulness" y un grupo de cuidadores en lista de espera para la recepción del programa.</p>	<p>Se encontrarán diferencias significativas en el estado de salud entre el grupo de cuidadores que ha recibido el tratamiento y el que está en lista de espera después de haber recibido el programa para el control de distrés y sobrecarga.</p>				

- **Matriz de operacionalización**

Variable Independiente	Indicadores	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Instrumentos	Técnicas
Programa para el control del estado general de salud, distrés y sobrecarga.	<p>Dificultades respiratorias. Cefalea Agotamiento Insomnio Somnolencia Erupciones Taquicardias Hiperventilaciones. Inapetencias. Pena Culpa Enojo Vergüenza. Sensación de ira. Decepción Desesperanza Angustia Ansiedad.</p> <p>Cuestionamientos. Ideas de deserción. Ideas aversivas respecto a la persona que cuida. Deseo de abandonar todo. Pensamientos decepcionantes. Ideas de soledad y catastrófisacion.</p> <p>Gritos Dificultades en las relaciones interpersonales. Malos tratos hacia el adulto mayor que cuida. Deserciones laborales.</p>	Esteves (2019) lo define como una alternativa de estrategia para el control de la calidad de vida de los cuidadores de personas con deterioro cognitivo.	Esteves (2019) define el programa como una alternativa de estrategia para el control de su estado de salud y reducción de distrés percibido y sobrecarga emocional de cuidadores de personas con deterioro cognitivo	<p>Fisiológica</p> <p>Emocional</p> <p>Cognitiva</p> <p>Motor/ social.</p>	<p>Mindfulness (BodyScan). Psicoeducación</p> <p>Mindfulness (BodyScan). Psicoeducación.</p> <p>Mindfulness (BodyScan). Psicoeducación.</p> <p>Mindfulness (BodyScan). Psicoeducación. Tiempo fuera parcial.</p>	<p>Video: “Mindfulness – primeros pasos”.</p> <p>Video: “Mindfulness – primeros pasos”.</p> <p>Video: “Mindfulness en las emociones”.</p> <p>Video: “Mindfulness en las emociones”.</p> <p>Video: “Concentración Relajada en la Respiración”.</p> <p>Video: “Concentración Relajada en la Respiración”.</p> <p>Video: “Concentración Relajada en la Respiración”.</p>

Variable Dependiente	Indicadores	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Instrumento	Ítems
Estado de salud general.	Dolor corporal Vitalidad Rol físico Rol emocional Salud mental Función física Función social	Ursúa (20 10) frecuentemente los relaciona con la calidad de vida relacionada con la salud, estado funcional o evaluación de necesidades.	Alonso, Prieto y Antó (1995) definen el estado de salud general como la relación entre el componente físico y el componente mental.	Fisiológica Emocional Cognitiva Motor/ social.	Cuestionario de salud general SF 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Distrés emocional.	Dolor de cabeza. Escozor. Gastritis. Taquicardias Frustración. Ansiedad Decepción. Creencias discapacitan tés y desvalorizan tés. Deserción de la labor del cuidador.	Moscoso (2011) lo define como sentimientos subjetivos que varían en intensidad desde un estado de tristeza, incertidumbre, confusión y preocupación severos hasta la expresión de síntomas más severos como la ansiedad, depresión, ira, aislamiento social y desesperanza.	Esteves (2019) refiere a la forma como el cuidador afronta no solo las situaciones de estrés sino también diversas situaciones que se presentan dentro de la labor del cuidador, es decir, sentimientos y pensamientos que pasa durante el periodo de cuidado de la persona con deterioro cognitivo.	Fisiológica Emocional Cognitiva Motor/ social.	Inventario de Distrés Emocional Percibido (IDEP)	6 5 2 12 11 10 8 7 4 3 1 9
Sobrecarga emocional.	Salud física Salud psíquica Recursos económicos Actividades sociales.	Fernández (2011) cita a Zarit, Reeve y Bach Peterson (1980) al definir a la sobrecarga en el cuidador como el grado en el que la persona que cuida percibe que el cuidado ha influido en él sobre diferentes aspectos de su salud y su vida personal.	Se refiere al grado de estrés de los cuidadores institucionales de pacientes con deterioro cognitivo experimentan desde el punto de vista de las etapas del síndrome de adaptación general (fase de reacción de alarma, fase de resistencia, fase de agotamiento), la misma que se mide cuantificando como se sienten las personas que cuidan de otras.	Fisiológica Emocional Cognitiva Motor/ social.	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	9 10 22 2 4 5 7 8 16 17 18 15 1 3 6 11

						12 13 14 19 20 21
--	--	--	--	--	--	----------------------------------

- **Protocolos o instrumentos utilizados**

Por favor lea cada afirmación y haga un círculo en el número (0 – 1 – 2 – 3 - 4) que describa mejor como se ha sentido últimamente. No tome mucho tiempo en cada respuesta, pero señale la que mejor describa sus pensamientos y sentimientos:

	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
Tengo alta autoestima.	0	1	2	3	4
Tengo buenas cualidades.	0	1	2	3	4
Puedo hacer frente a cualquier problema.	0	1	2	3	4
Me gusta ser como soy.	0	1	2	3	4
	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
Estrés significa estar ansioso o preocupado. ¿Me siento así?	0	1	2	3	4
	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
En general podría decir que mi salud es:	0	1	2	3	4

INVENTARIO DE DISTRÉS EMOCIONAL PERCIBIDO (IDEP)

Instrucciones:

Por favor lea cada frase y haga una letra "X" en el número (0-1-2-3) que describa mejor la manera de como se ha sentido últimamente. No tome mucho tiempo en cada ítem, pero dé la respuesta que describa mejor sus sentimientos ahora.

Durante el último mes, hasta el día de hoy:

	En ningún momento	A veces	Frecuentemente	En todo momento
1. Me fastidio fácilmente.	0	1	2	3
2. Me siento tenso.	0	1	2	3
3. Me siento distante de mis amigos.	0	1	2	3
4. Me siento más enojado de lo que estoy dispuesto a admitir.	0	1	2	3
5. Me siento nervioso.	0	1	2	3
6. Me siento confuso e inquieto.	0	1	2	3
7. Me siento agobiado por las "dificultades sencillas".	0	1	2	3
8. No estoy gozando de las cosas que usualmente hago para divertirme.	0	1	2	3
9. "Estoy que reviento", pero trato de no mostrarlo.	0	1	2	3
10. Me siento molesto.	0	1	2	3
11. Me siento triste.	0	1	2	3
12. Siento que soy un fracaso.	0	1	2	3

CUESTIONARIO DE SALUD SF -12

Instrucciones:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán conocer cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de realizar sus actividades habituales.

Por favor, contesta cada pregunta marcando en el espacio. Si no está seguro como responder a las preguntas que se le proponen, conteste lo más parecido a su realidad.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿Le limita hacer dichas actividades?, Si es así, ¿Cuánto?

2. Esfuerzos moderados: cómo mover una mesa, pasar la aspiradora, caminar más de 1 hora, etc.:

Si, me limita mucho	Si, me limita poco	No, no me limita nada

3. Subir varios pisos por la escalera:

Si, me limita mucho	Si, me limita poco	No, no me limita nada

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

Si	No

5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

Si	No

Marque si durante las últimas 4 semanas, ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso):

6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?

Si	No

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas, tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

Si	No

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa o en tareas domésticas).

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Marque como se ha sentido en las últimas 4 semanas o como han estado yendo las cosas para usted:

9. ¿Cuánto tiempo se ha sentido calmado y tranquilo?

Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca

10. ¿Cuánto tiempo tuvo mucha alegría?

Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca

11. ¿Cuánto tiempo se sintió triste y desanimado?

Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿Con que frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado el desarrollo de sus actividades sociales?

Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca

TEST DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

A continuación, se le presenta una lista de afirmaciones, las cuales refleja cómo se sienten a veces las personas que cuidan de otra.

Después de leer cada ítem, debe indicar con qué frecuencia se siente así: nunca rara vez, algunas veces, bastante a menudo o casi siempre.

Marque con una "X" la alternativa que mejor describa su caso:

- Nunca = 0
- Rara vez = 1
- Algunas veces = 2
- Bastante a menudo = 3
- Casi siempre = 4

Nº	Ítems	0	1	2	3	4
1.	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2.	¿Piensa que debido al tiempo que le dedica a su familiar no tiene tiempo para usted?					
3.	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo familia)?					
4.	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5.	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6.	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7.	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8.	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9.	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10.	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11.	¿Piensa que no tiene intimidad como le gustaría debido a que tiene que cuidar de su familiar?					
12.	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13.	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus familiares debido a que tiene que cuidar de su familiar?					
14.	¿Piensa que su familia cree que usted es la única persona capaz de cuidar de su familiar?					
15.	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar de su familiar, además de los suyos?					
16.	¿Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar más tiempo?					
17.	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18.	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar en manos de otra persona?					

N°	Ítems	0	1	2	3	4
19.	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20.	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21.	¿Piensa que podría cuidar mejor de su familiar?					
22.	Globalmente, ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar de su familiar?					

- Formato de protocolos e instrumentos utilizados

EVALUACIÓN PRE TEST - PEMEC -DC - CASA

Preguntas

Respuestas

12



Sección 1 de 4

Consentimiento Informado



Declaro conocer y aceptar participar en el estudio "EFECTOS DEL PROGRAMA PARA EL CONTROL DEL ESTADO GENERAL DE SALUD, DISTRÉS Y SOBRECARGA EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO", a realizarse del 4 al 29 de Enero del 2021; así como responder los inventarios de las fases pre test y post test, garantizando la confidencialidad de mi participación en el mismo y pudiendo retirarme en el momento que crea conveniente con absoluta libertad.

Correo electrónico *

Correo electrónico válido

DATOS DEMOGRÁFICOS

Texto de respuesta largo

Edad:

Texto de respuesta breve

Genero:

Masculino

Femenino

Estado Civil:

Soltero

Casado

Conviviente

Separado

Divorciado

Grado de instrucción:

- Primaria
- Secundaria
- Técnica
- Universidad

Ultimo nivel de instrucción logrado:

- Técnico/a
- Licenciado/a
- Maestría
- Doctorado

¿Esta trabajando actualmente?

- Sí
- No

- Tabla de confiabilidad y validez

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., identificado con DNI o CARNET DE ESTRANJERIA N°:, declaro conocer y aceptar participar en el estudio **“EFECTOS DEL PROGRAMA PARA EL CONTROL DEL ESTADO GENERAL DE SALUD, DISTRÉS Y SOBRECARGA EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO”**, realizado del.....de.....al.....de.....del.....; así como responder los inventarios de las fases pre - test y post – test garantizando la confidencialidad de mi participación en el mismo y pudiendo retirarme en el momento que crea conveniente, con absoluta libertad.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

**FORMATO DE EVALUACION DE PROGRAMA PARA EL
CONTROL DEL ESTADO GENERAL DE SALUD, DISTRÉS Y
SOBRECARGA EN CUIDADORES DE PERSONAS CON
DETERIORO COGNITIVO**

FORMATO DE JUECES

INSTRUCCIONES

Estimado Magister:

La presente es para solicitarle tenga a bien poder evaluar la pertinencia del programa que le adjunto a continuación, el cual deseo trabajar para la tesis de investigación a fin de sacar el grado de magister en psicología clínica y de la salud.

Rogaría a usted evaluar dimensión por dimensión y manifestar su acuerdo en que la mencionada parte sea elaborada correctamente marcando con una “X” en el espacio correspondiente a “SI” o, en caso contrario, marcando de igual manera en el espacio correspondiente a “NO” según su apreciación.

Asimismo, sería de gran utilidad realizar los comentarios necesarios para realizar las modificaciones respectivas.

Agradezco gentilmente su valioso tiempo para ayudar como juez y experto en el tema en cuestión a fin de tener un óptimo programa de intervención.

Atentamente

GINO ESTEVES GARCIA

PROGRAMA DE MINDFULLNESS PARA EL CONTROL DEL ESTADO GENERAL DE SALUD, DISTRÉS Y SOBRECARGA DE CUIDADORES DE PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO

SESIÓN 1: COMPRENDIENDO COMO AFECTA EL ESTRÉS LA SALUD DE LAS PERSONAS

ESTRUCTURA DE LA SESION	ACTIVIDAD/ TIEMPO DE DURACIÓN	OBJETIVO	INDICADORES	MATERIALES	SI	NO	OBSERVACION
Presentación del Video: “Fisiología del estrés”.	Se presentará un video de 6 minutos a fin de sensibilizar e introducir a los participantes sobre cómo afecta el estrés a las personas. Duración: 7 minutos	Identificar la naturaleza neuropsicológica del estrés en los cuidadores de personas con deterioro cognitivo (DC).	Psicoeducación – Explicación neuropsicológica sobre el Distrés percibido.	Laptop. Solapines.			
Presentación del programa de actividades por sesión.	Se dará paso a la explicación del programa de actividades por sesión explicando la importancia de la aplicación de este. Duración: 17 minutos	Entender la importancia del programa para el control del estado general de salud, distrés y sobrecarga en cuidadores de personas con DC.	Explicación del programa para el control del estado general de salud, distrés y sobrecarga en cuidadores de personas con deterioro cognitivo sobre las bases del análisis funcional.	Laptop (PPT). Solapines.			
Consentimiento informado – evaluación pretest.	Se procederá a desarrollar la evaluación de inicio de los integrantes del grupo de participantes del programa. Duración: 15 minutos	Evaluar el estado de los participantes del programa antes de empezar la aplicación de este.	Evaluación de los niveles de sobrecarga, distrés y calidad de vida antes de la participación en el programa.	Laptop. Solapines.			

<p>Establecimiento de acuerdos finales.</p>	<p>Se acordará con los participantes los horarios y días de trabajo grupal de manera virtual.</p> <p>Duración: 8 minutos</p>	<p>Comprender la importancia de la continuidad en el alcance de los objetivos de cada sesión.</p>	<p>Establecimiento de adherencia y compromiso con el programa hasta la finalización de este.</p>	<p>Laptop. Solapines.</p>			
<p>Agradecimiento por su asistencia y compromiso con el programa.</p>	<p>Se agradecerá la participación de los integrantes del grupo, reforzando su intereses y compromiso con el programa.</p> <p>Duración: 8 minutos</p>	<p>Entender la importancia de la asistencia y constancia en el programa a fin de obtener los resultados esperados.</p>	<p>Reforzamiento positivo por la respuesta a la invitación.</p>	<p>Laptop. Solapines.</p>			

**SESIÓN 2: OBTENIENDO ESTADOS DE RELAJACIÓN A FIN DE LOGRAR
REGULAR LOS NIVELES DE DISTRÉS**

ESTRUCTURA DE LA SESION	ACTIVIDAD /TIEMPO DE DURACIÓN	OBJETIVO	INDICADORES	MATERIALES	SI	NO	OBSERVACION
Retroalimentación de la sesión anterior.	Se realizará un recuento breve de la sesión anterior. Duración: 2 minutos	Recordar la naturaleza neuropsicológica del estrés en los cuidadores de personas con deterioro cognitivo.	Ejercicio de programación en función de psicoeducación.	Laptop. Solapines.			
Presentación de la sesión. (Psicoeducación – Video: “El Alfabeto Emocional”).	Se presentará un video de 6 minutos a fin de sensibilizar e introducir a los participantes sobre las emociones asociadas al distrés percibido. Duración: 7 minutos	Identificar las emociones asociadas a la aparición de brotes de distrés.	Identificar la importancia de los neurotransmisores en la dinámica de las emociones.	Laptop. Video. Solapines.			
Entrenamiento en “BodyScan”: Video “Mindfulness: Primeros Pasos”.	Se realizará el entrenamiento de respiración mediante el video/audio mientras el participante se encuentra sentado, con los ojos cerrados y las palmas de las manos sobre los muslos y los pies fijos en el piso. El participante	Iniciar el entrenamiento en atención plena (“mindfulness”) a fin de poder enfocar el foco atencional en el “aquí y ahora”.	Uso de la respiración para practicar estados de presencia en el “aquí y ahora”.	Laptop. Video. Solapines.			

	<p>seguirá las indicaciones del video y del psicólogo facilitador del programa.</p> <p>Duración: 13 minutos.</p>						
<p>Retroalimentación del entrenamiento en “BodyScan”.</p>	<p>Se pedirá a los participantes del grupo sus impresiones sobre el desarrollo de la actividad.</p> <p>Su utilizará este momento para absolver dudas o preguntas.</p> <p>Duración: 10 minutos</p>	<p>Compartir la importancia de respirar para empezar a regular los niveles de distrés centrándonos en el “aquí y ahora”.</p>	<p>Comentar impresiones respecto a experiencias en la aplicación del “BodyScan”.</p>	<p>Laptop. Solapines.</p>			
<p>Reconocimiento agradecimiento y establecimiento de acuerdos finales</p>	<p>Se agradecerá la participación de los integrantes del grupo y se acordarán los horarios y días de trabajo grupal de manera virtual.</p> <p>Duración: 8 minutos</p>	<p>Entender la importancia de la repetición en el establecimiento del hábito de la respiración controlada a fin de regular los niveles de distrés.</p>	<p>Reforzamiento de la participación del grupo a fin de generar compromiso en los participantes.</p>	<p>Laptop. Solapines.</p>			

SESION 3: IDENTIFICAR AQUELLO QUE AYUDA A REGULAR O AGUDIZAR LOS ESTADOS DE SOBRECARGA EMOCIONAL I

ESTRUCTURA DE LA SESION	ACTIVIDAD / TIEMPO DE DURACION	OBJETIVO	INDICADORES	MATERIALES	SI	NO	OBSERVACION
Retroalimentación de la sesión anterior	Se realizará un recuento breve de la sesión anterior. Duración: 2 minutos	Recordar cuales son las emociones asociadas a la aparición de brotes de distrés.	Ejercicio de programación en función de psicoeducación.	Laptop. Solapines.			
Presentación de la sesión. (Psicoeducación – Video: “¿Cómo calmar la ansiedad” – 6 pasos Para controlar la ansiedad)	Se presentará un video de 7 minutos a fin de sensibilizar a los participantes sobre cómo afecta la ansiedad a las personas. Comentarios sobre el video Duración: 7 minutos	Identificar las emociones asociadas a la aparición de ansiedad.	Identificar estrategias sobre como regular momentos de crisis.	Laptop. Video. Solapines.			
Entrenamiento en “BodyScan”: Video “Mindfulness: Primeros Pasos”	Se realizará el entrenamiento de respiración mediante el video/audio mientras el participante se encuentra sentado, con los ojos cerrados y las palmas de las manos sobre los muslos. Los participantes	Continuar el entrenamiento en atención plena (“mindfulness”) a fin de enfocarnos en el “aquí y ahora”.	Aprender a identificar los focos de tensión corporal en situaciones de estrés-	Laptop. Video. Solapines.			

	<p>seguirán las indicaciones del video y del psicólogo facilitador del programa.</p> <p>Duración: 13 minutos.</p>						
Retroalimentación del entrenamiento en “BodyScan”	<p>Se pedirá a los participantes del grupo sus impresiones sobre el desarrollo de la actividad.</p> <p>Su utilizará este momento para absolver dudas o preguntas.</p> <p>Duración: 10 minutos.</p>	<p>Compartir la importancia de respirar para empezar a regular los niveles de ansiedad a fin de enfocar su atención en el “aquí y ahora”.</p>	<p>Compartir experiencias respecto a la aplicación del BodyScan.</p>	<p>Laptop. Solapines.</p>			
Establecimiento de acuerdos finales	<p>Se agradecerá la participación de los integrantes del grupo y se establecerán los horarios y día de trabajo tanto grupal como individual de manera virtual.</p> <p>Duración: 8 minutos</p>	<p>Entender la importancia de la repetición en el establecimiento del hábito de la respiración controlada a fin de regular los niveles de ansiedad</p>	<p>Reforzamiento positivo por el esfuerzo y la constancia en el desarrollo del programa.</p>	<p>Laptop. Solapines.</p>			

SESION 4: IDENTIFICAR AQUELLO QUE AYUDA A REGULAR O AGUDIZAR LOS ESTADOS DE SOBRECARGA EMOCIONAL II

ESTRUCTURA DE LA SESION	ACTIVIDAD/ TIEMPO DE DURACION	OBJETIVO	INDICADORES	MATERIALES	SI	NO	OBSERVACION
Retroalimentación de la sesión anterior	Se realizará un recuento breve de la sesión anterior. Duración: 2 minutos	Recordar cuales son las emociones asociadas a la aparición de la ansiedad.	Ejercicio de programación en función de psicoeducación.	Laptop. Solapines.			
Presentación de la sesión. (Psicoeducación – Video: “7 alimentos que ayudan a aliviar el estrés”)	Se presentará un video de 6 minutos a fin de sensibilizar e introducir a los participantes sobre cómo ayudan ciertos alimentos a incrementar o reducir el estrés en las personas. Duración: 7 minutos	Reconocer cuales son los alimentos que ayudan a aliviar las manifestaciones de estrés.	Identificar la relación que existe entre la ansiedad y la ingesta calórica.	Laptop. Video. Solapines.			
Entrenamiento en BodyScan. (Video: “Mindfulness en las emociones”)	Se realizará el entrenamiento de respiración mediante el video/audio mientras el participante se encuentra sentado, con los ojos cerrados y las palmas de las manos sobre los muslos. El participante seguirá las indicaciones del video y del psicólogo facilitados del programa.	Continuar el entrenamiento en atención plena (“mindfulness”) a fin de enfocar su atención en el “aquí y ahora”.	Aprender a identificar los puntos del cuerpo donde se identifican las emociones tóxicas (cortisol).	Laptop. Video. Solapines.			

	Duración: 15 minutos.						
Retroalimentación del entrenamiento en “BodyScan”.	<p>Se pedirá a los participantes del grupo sus impresiones sobre el desarrollo de la actividad.</p> <p>Su utilizará este momento para absolver dudas o preguntas.</p> <p>Duración: 10 minutos</p>	<p>Compartir la importancia de respirar para empezar a regular los niveles de ansiedad centrándonos en el “aquí y ahora” (compartir de experiencias).</p>	<p>Compartir experiencias respecto a la aplicación del “BodyScan”:</p>	<p>Laptop. Video.</p>			
Establecimiento de acuerdos finales.	<p>Se agradecerá la participación de los integrantes del grupo y se establecerán los horarios y día de trabajo tanto grupal como individual de manera virtual.</p> <p>Duración: 8 minutos</p>	<p>Entender la importancia de la repetición en el establecimiento del hábito de la respiración controlada combinándola con la ingesta de alimentos específicos a fin de regular los niveles de ansiedad.</p>	<p>Reforzamiento positivo por la respuesta y compromiso frente al programa.</p>	<p>Pizarra. Solapines.</p>			

SESION 5: IDENTIFICAR ESTÍMULOS ANSIOGENOS QUE DISTRAEN EN LA REALIZACIÓN DE UNA ACTIVIDAD ESPECIFICA.

ESTRUCTURA DE LA SESION	ACTIVIDAD/ TIEMPO DE DURACION	OBJETIVO	INDICADORES	MATERIALES	SI	NO	OBSERVACION
Retroalimentación de la sesión anterior.	Se realizará un recuento breve de la sesión anterior. Duración: 2 minutos.	Recordar cuales son los alimentos que ayudan a aliviar las manifestaciones de estrés.	Ejercicio de programación en función de psicoeducación.	Laptop. Solapines.			
Presentación de la sesión (Psicoeducación mediante Video: “7 consecuencias de la ansiedad en la salud de las personas” y PPT – “¿Como superar la ansiedad del cuidador?”).	Se presentará un video de ... minutos a fin de sensibilizar e introducir a los participantes sobre las consecuencias de la ansiedad en la salud de las personas. Duración: 7 minutos	Identificar las consecuencias que tienen el estrés y/o la ansiedad en la salud de las personas.	Identificar la consecuencia del estrés en la calidad de vida y la salud.	Laptop. Video. Solapines.			
Entrenamiento en BodyScan” – Video: “Mindfulness en las emociones”.	Se realizará el entrenamiento de respiración mediante el video/audio mientras el participante se encuentra sentado, con los ojos cerrados y las palmas de las manos sobre los muslos. El participante seguirá las indicaciones	Continuar el entrenamiento en atención plena (“mindfulness”) a fin de enfocar su atención en el aquí y ahora.	Aprender a identificar los puntos del cuerpo donde se identifican las emociones tóxicas (cortisol).	Laptop. Video. Solapines.			

	<p>del video y del psicólogo facilitados del programa.</p> <p>Duración: 15 minutos.</p>						
<p>Retroalimentación del entrenamiento en “BodyScan”.</p>	<p>Se pedirá a los participantes del grupo sus impresiones sobre el desarrollo de la actividad.</p> <p>Su utilizará este momento para absolver dudas o preguntas.</p> <p>Duración: 10 minutos</p>	<p>Compartir la importancia de respirar para empezar a regular los niveles de distrés y/ansiedad centrando su atención en el “aquí y ahora”.</p>	<p>Compartir experiencias respecto a la aplicación del “BodyScan”.</p>	<p>Laptop. Solapines.</p>			
<p>Establecimiento de acuerdos finales.</p>	<p>Se agradecerá la participación de los integrantes del grupo y se establecerán los horarios y día de trabajo de manera virtual.</p> <p>Duración: 8 minutos</p>	<p>Entender la importancia de la repetición en el establecimiento del hábito de la respiración controlada para regular los niveles de distrés y/o ansiedad.</p>	<p>Reforzamiento positivo por la respuesta a la invitación.</p>	<p>Laptop. Solapines.</p>			

SESION 6: APRENDER A LOGRAR MANTENER EL ENFOQUE EN METAS ESPECÍFICAS A CORTO MEDIANO Y LARGO PLAZO

ESTRUCTURA DE LA SESION	ACTIVIDAD / TIEMPO DE DURACION	OBJETIVO	INDICADORES	MATERIALES	SI	NO	OBSERVACION
Retroalimentación de la sesión anterior.	Se realizará un recuento breve de la sesión anterior. Duración: 2 minutos	Recordar cuales son las consecuencias que tienen el estrés y/o la ansiedad en la salud de las personas.	Ejercicio de programación en función de psicoeducación.	Laptop. Solapines.			
Presentación de la sesión. (Psicoeducación – Video: “9 hábitos que te empoderan para mejorar tu vida”).	Se presentará un video de 11 minutos a fin de sensibilizar e introducir a los participantes en la práctica de hábitos que ayudará a las personas a mejorar su calidad de vida. Duración: 12 minutos.	Identificar algunos de los hábitos que te ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas.	Identificar los distintos hábitos que ayudan a mejorar la calidad de vida del cuidador.	Laptop. Video. Solapines.			
Entrenamiento en “BodyScan”- (Video “Concentración relajada en la respiración”)	Se realizará el entrenamiento de respiración mediante el video/audio mientras el participante se encuentra sentado, con los ojos cerrados y las palmas de las manos sobre los	Continuar el entrenamiento en atención plena (“mindfulness”) a fin de enfocarnos en el “aquí	Aprender a mantener el foco atencional sin valoración emocional sobre las bases del manejo de la respiración de manera más prolongada.	Laptop. Video. Solapines.			

	<p>muslos.</p> <p>El participante seguirá las indicaciones del video y del psicólogo facilitados del programa.</p> <p>Duración: 24 minutos.</p>	y ahora”.					
<p>Retroalimentación del entrenamiento en “BodyScan”.</p>	<p>Se pedirá a los participantes del grupo sus impresiones sobre el desarrollo de la actividad.</p> <p>Su utilizará este momento para absolver dudas o preguntas.</p> <p>Duración: 10 minutos.</p>	<p>Compartir la importancia de respirar como parte de los hábitos que permiten mejorar la calidad de vida centrados en el “aquí y ahora” (compartir de experiencias).</p>	<p>Compartir experiencias respecto a la aplicación del BodyScan</p>	<p>Laptop. Solapines.</p>			
<p>Establecimiento de acuerdos finales.</p>	<p>Se agradecerá la participación de los integrantes del grupo y se establecerán los horarios y día de trabajo de manera virtual.</p> <p>Duración: 8 minutos</p>	<p>Entender la importancia de la repetición en el establecimiento del hábito de la respiración controlada para mejorar la calidad de vida.</p>	<p>Reforzamiento positivo por la respuesta a la invitación</p>	<p>Laptop. Solapines.</p>			

SESION 7: GENERAR LA CAPACIDAD DE PROGRAMACIÓN COMO BASE PARA EL ESTABLECIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

ESTRUCTURA DE LA SESION	ACTIVIDAD/ TIEMPO DE DURACION	OBJETIVO	INDICADORES	MATERIALES	SI	NO	OBSERVACION
Retroalimentación de la sesión anterior.	Se realizará un recuento breve de la sesión anterior fomentando la participación del grupo. Duración: 2 minutos	Recordar cuales son las consecuencias que tienen el estrés y/o la ansiedad en la salud de las personas.	Ejercicio de programación en función de psicoeducación.	Laptop. Solapines.			
Presentación de la sesión (Psicoeducación – Video: “SOLO TU”).	Se presentará un video de 3:09 minutos a fin de sensibilizar e introducir a los participantes en la importancia de la capacidad de decisión en el desarrollo de calidad de vida de las personas. Duración: 7 minutos.	Identificar la importancia de la toma de decisiones en el establecimiento de hábitos que ayudaran a mejorar la calidad de vida de las personas.	Comprender la importancia de la toma de decisiones dentro del proceso de desarrollo de calidad de vida.	Laptop. Video. Solapines.			
Entrenamiento en BodyScan. (Video: “Concentración relajada en la respiración”).	Se realizará el entrenamiento de respiración mediante el video/audio mientras el participante se encuentra sentado, con los ojos cerrados y las palmas de las manos sobre	Continuar el entrenamiento en atención plena (“mindfulness”) a fin de mantener el foco atencional en el “aquí y ahora”.	Aprender a mantener el foco atencional sin valoración emocional sobre las bases del manejo de la respiración de manera más prolongada.	Laptop. Video. Solapines.			

	<p>los muslos.</p> <p>El participante seguirá las indicaciones del video y del psicólogo facilitador del programa.</p> <p>Duración: 24 minutos.</p>						
<p>Retroalimentación del entrenamiento en “BodyScan”.</p>	<p>Se pedirá a los participantes del grupo sus impresiones sobre el desarrollo de la actividad.</p> <p>Su utilizará este momento para absolver dudas o preguntas.</p> <p>Duración: 10 minutos</p>	<p>Compartir la importancia de respirar como parte de los hábitos que permiten mejorar la calidad de vida centrados en el “aquí y ahora”.</p>	<p>Compartir experiencias respecto a la aplicación del “BodyScan”.</p>	<p>Laptop. Solapines.</p>			
<p>Establecimiento de acuerdos finales.</p>	<p>Se agradecerá la participación de los integrantes del grupo en el desarrollo del programa reforzando su participación.</p> <p>Se establecerán acuerdos sobre los horarios y día de trabajo grupal de manera virtual.</p> <p>Duración: 8 minutos</p>	<p>Entender la importancia de la repetición en el establecimiento del hábito de la respiración controlada para mejorar la calidad de vida.</p>	<p>Reforzamiento positivo por la respuesta a la invitación.</p>	<p>Laptop. Solapines.</p>			

SESION 8: GENERAR COMPROMISO DE ESTILOS DE VIDA SANA PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL PROYECTO DE VIDA SALUDABLE

ESTRUCTURA DE LA SESION	ACTIVIDAD/ TIEMPO DE DURACION	OBJETIVO	INDICADORES	MATERIALES	SI	NO	OBSERVACION
<p>Saludo a los participantes.</p> <p>Retroalimentación de las sesiones anteriores.</p>	<p>Se hará un resumen breve de los temas de las sesiones del programa.</p> <p>Duración: 7 minutos</p>	<p>Recordar la importancia del programa para el control del estado general de salud, distrés y sobrecarga en cuidadores de personas con deterioro cognitivo.</p>	<p>Ejercicio de procesamiento y programación en función de psicoeducación.</p>	<p>Laptop. Solapines.</p>			
<p>Evaluación Post test.</p>	<p>Se procederá a desarrollar la evaluación de salida de los integrantes del grupo de participantes del programa.</p> <p>Duración: 15 minutos</p>	<p>Evaluar la realidad emocional de los participantes al terminar el programa.</p>	<p>Evaluación de los niveles de sobrecarga, distrés y calidad de vida después de la participación en el programa.</p>	<p>Laptop. Solapines.</p>			
<p>Video: “La Transformación del águila”: Compartir y retroalimentación.</p>	<p>Se presentará un video de 5:30 minutos a fin de sensibilizar e introducir a los participantes sobre la importancia de la práctica de resiliencia como pilar para el desarrollo de la calidad de vida.</p> <p>Duración: 7 minutos.</p>	<p>Compartir experiencias antes y después de la aplicación del programa.</p>	<p>Reflexión sobre el establecimiento del concepto de resiliencia.</p>	<p>Laptop. Video. Solapines.</p>			

<ul style="list-style-type: none"> • Biofeedback: <p>Preguntas</p> <p>“¿Qué viniste a buscar al programa?”.</p> <p>“¿Qué encontraste?”.</p> <p>“¿Con que te vas?”.</p> <p>“¿Qué planes para el futuro?”.</p>	<p>Se realizará a los participantes las preguntas del Biofeedback, a fin de conocer cuáles son sus impresiones antes, durante y después del programa de entrenamiento en el control de distrés, sobrecarga y estado de salud.</p> <p>Duración: 10 minutos</p>	<p>Entender la importancia de la adquisición de un estilo de vida sana para mejorar la calidad de vida de los participantes</p>	<p>Evaluación del cambio obtenido antes, durante y después de la aplicación del programa para el control del estado general de salud, distrés y sobrecarga en cuidadores de personas con deterioro cognitivo</p>	<p>Laptop, Solapines.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Video: “El propósito de la vida”. • Palabras de cierre • Agradecimiento. • Entrega de diplomas de participación. 	<p>Se presentará un video de 4 minutos sobre la importancia de tener objetivos en la vida. Se hará una breve reflexión del video.</p> <p>Se agradecerá la participación de los integrantes del grupo durante el desarrollo del programa.</p> <p>Se enviará de manera virtual diplomas de agradecimiento y participación a los integrantes del grupo con el que se desarrolló el programa.</p> <p>Duración: 8 minutos</p>	<p>Generar compromiso de cambio respecto a sus actividades para la vida diaria.</p>	<p>Incidir en la importancia del establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.</p> <p>Reforzamiento positivo por la respuesta a la invitación.</p>	<p>Laptop. Video. Solapines. Diplomas de participación y agradecimiento.</p>			

Firma y Sello del Jurado de Calificador

PROGRAMA PARA EL CONTROL DEL ESTADO GENERAL DE SALUD, DISTRÉS Y SOBRECARGA DE CUIDADORES DE PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO

(ESTRUCTURA POR SESIONES)

Evaluación de necesidades	Objetivo General	Análisis de tareas	Objetivos específicos	Estrategias de evaluación	Selección de medios	Producción de materiales	Evaluación final
A. Dificultades a nivel fisiológico – sobrecarga: -Dificultades respiratorias. -Cefaleas. -Agotamiento. -Insomnio. -Somnolencia. -Erupciones. -Taquicardias. - Hiperventilaciones. -Inapetencia.	Establecimiento de pautas para el control de respuestas fisiológicas con relación a los niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes con Alzheimer de Lima.	Trabajo a nivel de control emocional en función de parámetros de respuesta: - Identificación de parámetros de emociones tóxicas en el cuidador: a. Duración b. frecuencia. c. Latencia d. Intensidad (unidad subjetiva de ansiedad - SUD). - Correlación entre respuestas fisiológicas y emocionales que experimenta el cuidador.	Brindar las bases de identificación de parámetros fisiológicos en situaciones de crisis. Entrenar al cuidador en estrategias de afrontamiento y anticipación de respuestas fisiológicas propias de los momentos de crisis.	Revisión del aumento o reducción de indicadores: Dificultades respiratorias. Cefaleas. Agotamiento. Insomnio. Somnolencia. Erupciones. Taquicardias. Hiperventilaciones Inapetencia.	Se trabajará este módulo en función de: Mindfulness. BodyScan. Psicoeducación	Se les entrenará en función del control del manejo de sus respuestas fisiológicas controlando sus pulsaciones antes y después de las sesiones de relajación. Se mantendrá el reforzamiento positivo de su labor de manera continua que compensará su sensación de pérdida.	Se trabaja en función de la siguiente estructura de sesiones: Sesión 1: Explicación del programa de actividades por sesión (Psicoeducación – Explicación neuropsicológica sobre el Distrés percibido). Consentimiento informado – evaluación pretest. Video: “Fisiología del estrés”. Receso y compartir. Establecimiento de acuerdos finales. Compromiso de adherencia al programa.

							<p>Sesión 2: Presentación de la sesión. Retroalimentación de la sesión anterior. (Psicoeducación – Video: “El Alfabeto Emocional”) Entrenamiento en BodyScan. Video “Mindfulness: Primeros Pasos”. Establecimiento de acuerdos finales.</p> <p>Sesión 3: Presentación de la sesión. Retroalimentación de la sesión anterior (Psicoeducación – Video: “¿Como calmar la ansiedad? 6</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>pasos para controlar la ansiedad. Entrenamiento en BodyScan. Video "Mindfulness: Primeros Pasos". Establecimiento de acuerdos finales.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

Evaluación de necesidades	Objetivo General	Análisis de tareas	Objetivos específicos	Estrategias de evaluación	Selección de medios	Producción de materiales	Evaluación Final
B. Dificultades a nivel emocional – distrés percibido: - Pena - Culpa - Enojo - Vergüenza - Impotencia - Ira. - Decepción - Desesperanza. - Angustia. - Ansiedad.	Establecimiento de pautas para el control de respuestas emocionales con relación a los niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes con Alzheimer de lima.	Trabajo a nivel de control emocional en función de parámetros de respuesta: - Identificación de parámetros de emociones tóxicas en el cuidador: a. Duración frecuencia. c. Latencia d. Intensidad (unidad subjetiva de ansiedad - SUD). -Correlación entre respuestas	Brindar las bases de identificación de parámetros emocionales en situaciones de crisis. Entrenar al cuidador en estrategias de afronte y anticipación de respuestas emocionales propias de los momentos de crisis.	Revisión del aumento o reducción de indicadores: - Pena - Culpa - Enojo - Vergüenza - Impotencia - Ira. - Decepción - Desesperanza. - Angustia. - Ansiedad	Se trabajará este módulo en función de: Mindfulness. BodyScan. psicoeducación	Se les entrenará en función del control del manejo de sus respuestas emocionales controlando sus pulsaciones antes y después de las sesiones de relajación. Se mantendrá el reforzamiento positivo de su labor de manera continua que compensará su sensación de pérdida.	Sesión 4: Presentación de la sesión. Retroalimentación de la sesión anterior (Psicoeducación – Video: “7 alimentos que ayudan a aliviar el estrés”). Entrenamiento en BodyScan. Video “Mindfulness en las emociones”. Establecimiento de acuerdos finales. Sesión 5: Presentación de la sesión. Retroalimentación de la sesión anterior (Psicoeducación

		<p>fisiológicas y emocionales que experimenta el cuidador.</p>					<p>– Video: “7 consecuencias de la ansiedad en la salud de las personas” y PPT – “¿Como superar la ansiedad del cuidador?”). Entrenamiento en BodyScan. Video “Mindfulness en las emociones”. Establecimiento de acuerdos finales.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

Evaluación de necesidades	Objetivo General	Análisis de tareas	Objetivos específicos	Estrategias de evaluación	Selección de medios	Producción de materiales	Evaluación Final
<p>C. Dificultades a nivel cognitivo – creencias que afectan la calidad de vida del cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionamientos - Ideas de deserción - Ideas aversivas respecto al paciente. - Deseo de abandonar todo. - Pensamientos de tipo decepcionantes. - Ideas de soledad. - Catastróficación respecto al futuro. 	<p>Establecimiento de pautas para el control de respuestas cognitivas (ideas o creencias discapacitantes) con relación a los niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes con Alzheimer de lima.</p>	<p>Trabajo a nivel de control de esquemas de pensamiento (ideas o creencias discapacitantes) en función de parámetros de respuesta, a través de la aceptación:</p> <p>-Identificación de parámetros de pensamiento en el cuidador: a. Duración b. Frecuencia. c. Latencia d. Intensidad (unidad subjetiva de ansiedad - SUD).</p>	<p>Brindar las bases de identificación de parámetros cognitivos en situaciones de crisis.</p> <p>Entrenar al cuidador en estrategias de aceptación de pensamientos discapacitantes propios de las situaciones de crisis.</p>	<p>Revisión de creencias que afectan la calidad de vida del cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionamientos - Ideas de deserción - Ideas aversivas respecto al paciente. - Deseo de abandonar todo - Pensamientos de tipo decepcionantes. - Ideas de soledad. 	<p>Se trabajará este módulo en función de: Mindfulness. BodyScan. Psicoeducación</p>	<p>Se les entrenará en función del control del manejo de sus respuestas cognitivas, aceptando aquellos pensamientos que dificultan el normal desarrollo de su calidad de vida.</p> <p>Se mantendrá el reforzamiento positivo de su labor de manera continua que compensará su sensación de pérdida</p>	<p>Sesión 6: Presentación de la sesión. Retroalimentación de la sesión anterior (Psicoeducación – Video: “9 hábitos que te empoderan para mejorar tu vida”). Entrenamiento en BodyScan. Video “Concentración relajada en la respiración”. Establecimiento de acuerdos finales.</p> <p>Sesión 7: Presentación de la sesión. Retroalimentación de la sesión anterior (Psicoeducación – Video: “SOLO TU”). Entrenamiento en BodyScan. Video “Concentración</p>

							<p>relajada en la respiración". Establecimiento de acuerdos finales.</p> <p>Sesión 8 Presentación de la sesión. Retroalimentación de las sesiones anteriores (Psicoeducación – Resumen de los temas). Evaluación Post test. Receso y compartir. Retroalimentación: "¿Que vine a buscar al programa y con que me voy?" /Vídeo: "La Transformación del águila". Despedida.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

Evaluación de necesidades	Objetivo general	Análisis de tareas	Objetivos específicos	Estrategias de evaluación	Selección de medios	Producción de materiales	Evaluación final.
<p>D. Dificultades a nivel de conductas adaptativas y de productividad del cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fallas en los procedimientos médicos. - Tardanzas. - Faltas reiterativas. - Enlentecimiento de tareas. - Gritos. - Dificultades en las relaciones con jefes y compañeros de trabajo. - Malos tratos al adulto mayor y a sus familiares. - Deserción laboral. 	<p>Establecimiento de pautas de respuestas ante la aparición de crisis que experimentan las personas con deterioro cognitivo a través de protocolos y consignas que preserven el estado homeostático del cuidador institucional.</p>	<p>Trabajo a nivel de manejo de técnicas operantes para la prevención de la aparición de conductas inadecuadas que pongan en riesgo su adaptación y productividad (Mindfulness complementado con tiempo fuera parcial).</p>	<p>Brindar alternativas y solución de situaciones y crisis que pasa la casa de reposo donde labora el cuidador.</p> <p>Entrenar al cuidador en el desarrollo de estrategias de trabajo en equipo para el desarrollo de protocolos de atención ante posibles situaciones de crisis.</p>	<p>Revisión de conductas que afectan la calidad del trabajo del cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fallas en los procedimientos médicos. - Tardanzas. - Faltas reiterativas. - Enlentecimiento de tareas. - Gritos. - Dificultades en las relaciones con jefes y compañeros de trabajo. - Malos tratos al adulto mayor y a sus familiares. - Deserción laboral. 	<p>Se trabajará en función de:</p> <p>BodyScan Tiempo fuera parcial. Psicoeducación.</p>	<p>Se les entrenará en función del control sus respuestas motoras – sociales a fin de preservar su estado de salud general, detectar el estrés percibido, prevenir sobrecarga y elevar la productividad en el cuidador institucional de la persona con deterioro cognitivo.</p>	<p>Desarrollo del seguimiento por una semana para evaluar los niveles de adherencia y fijación de las estrategias para la prevención de respuestas inadecuadas ante la situación de crisis dentro de la labor que tiene el cuidador institucional en la casa de reposo (BodyScan, tiempo fuera parcial y psicoeducación).</p>

OBJETIVOS POR SESION

- Sesión 1: aprender a respirar para empezar a regular los niveles de ansiedad.
- Sesión 2: obtener estados de relajación a fin de lograr regular los niveles de estrés.
- Sesión 3: identificar aquello que ayuda a regular o agudiza los estados de sobrecarga emocional.
- Sesión 4: identificar aquellos estímulos distractores al momento de la realización de una actividad específica.
- Sesión 5: aprender a intensificar la capacidad de concentración en una actividad, momento y lugar determinado.
- Sesión 6: aprender a lograr mantener el enfoque en metas específicas a corto mediano y largo plazo.
- Sesión 7: generar la capacidad de programación como base para el establecimiento de estilos de vida saludable.