



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Procesos de Psicología
Clínica

Las afectaciones psicológicas de los cuidadores primarios
informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer

Reporte de investigación teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Graciela Bello Gutiérrez
Lorena Refugio Rivera Pacheco

Director: Mtra. Roxana González Sotomayor

Vocal: Mtra. Abigail Yaveth Rivera Valerdi

Mtra. María Guadalupe Muñoz Velázquez

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, febrero 2021





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

| | |
|--|----|
| CARATULA | 1 |
| INDICE | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| Justificación | 7 |
| Pregunta/Propósito | 8 |
| Ejes temáticos | 9 |
| 1 ENFERMEDAD ALZHEIMER | |
| Definición | 10 |
| Etiología | 11 |
| Prevalencia | 13 |
| Características | 14 |
| Diagnóstico | 17 |
| Criterios diagnósticos de DSM V y CIE 11 | 17 |
| Tratamiento | 19 |
| 2 TIPOS DE CUIDADORES | |
| Cuidador primario | 22 |
| Definición | 22 |
| Cuidador primario formal | 23 |
| Definición | 23 |
| Características | 24 |
| Cuidador primario informal | 24 |
| Definición | 24 |
| Características | 25 |
| Cuidadores primarios informales de enfermos de Alzheimer | 27 |

| | |
|----------------------|----|
| Definición_____ | 27 |
| Características_____ | 27 |

3 AFECTACIONES EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

| | |
|---|----|
| Síndrome de sobrecarga o del cuidador_____ | 31 |
| Depresión_____ | 33 |
| Ansiedad_____ | 35 |
| Estrés_____ | 37 |
| Síndrome de Bournout_____ | 38 |
| · CONCLUSIÓN_____ | 40 |
| · PROPUESTA_____ | 42 |
| Intervención psicológica en cuidadores primarios de Enfermedad de Alzheimer | |
| REFERENCIAS_____ | 48 |
| ANEXOS_____ | 57 |

Introducción

La demencia tipo Alzheimer es un trastorno neurológico progresivo y degenerativo que afecta principalmente el pensamiento, la memoria y el comportamiento (Leyva, 2016). La enfermedad del Alzheimer (EA) es un proceso de etiología desconocida, pero con distintos factores de riesgos identificados con características neuropatológicas neuroquímicas propias, su elevada frecuencia y su importante impacto convierten a la EA en uno de los mayores retos sociosanitarios existentes en el momento actual que requiere de actuaciones en distintos niveles de prevención, diagnóstico y tratamiento (Orueta, 2019). Además, esta patología genera un importante impacto psicológico provocando una disminución en la calidad de vida y pérdida de habilidades sociales en quien la padece (Ostertag, 2014). Es importante señalar que ésta enfermedad tiene un alto costo a nivel familiar, ya que a medida que avanza, la persona presenta trastornos conductuales, afectivos y deterioro cognitivo que lo hacen dependiente y requiere cada vez mayor cuidado y atención (Bernal, 2013).

De acuerdo con Rubio (2017), al asumir el cuidado de un familiar con EA se va formando un perfil de cuidador, al verse enfrentado a una demanda de cuidados específicos, lo que determina la necesidad de tomar la decisión de hacerse cargo de ese cuidado.

En concreto, la atención y cuidado de los enfermos lo asume la familia, y dentro de este medio, la responsabilidad mayor la ocupa el cuidador principal o mejor dicho, el cuidador primario (Ruiz, 2019). Para Borghi (2013) las modificaciones que ocurren en la vida del cuidador pueden ocasionar sobrecargas físicas, emocionales, financieras, así como intervenir en las relaciones sociales y afectivas.

El cuidado total y activo del enfermo no se limita a los últimos días de vida, sino comienza en el momento mismo del diagnóstico, y aún antes, ya que éste con frecuencia se produce cuando las familias y el propio paciente llevan tiempo

sospechando de un deterioro cognitivo, y aumenta progresivamente a medida que avanza la enfermedad (CEAFA, 2017).

El cuidador primario no sólo es responsable del cuidado físico y mental de las personas, sino que se encarga de mantener la autonomía, independencia, integración y participación social y familiar de la persona a su cargo, hecho que implica múltiples responsabilidades adicionales al cuidador (Hernández, 2014). Aunado a esto el cuidado de personas con Alzheimer es de larga duración, se establece que el fenómeno puede llegar a durar entre 10 y 20 años antes de que llegue la muerte (Bernal, 2013).

En este tiempo el cuidador se enfrenta a una serie de estresores y demandas que en sí mismas no son perjudiciales, lo importante es la evaluación subjetiva que hace el sujeto de la situación y los recursos para hacerles frente, lo que va a condicionar la adaptación a esta nueva etapa de vida y las repercusiones que van a producir (Ruiz, 2019).

Ya que los cuidadores pueden, a su vez, presentar ciertas características que contribuyen al riesgo de padecer problemas psicológicos o físicos (Losada, 2017). Paulatinamente le resulta difícil asimilar todos los cambios que repercuten y generan preocupación en su vida a nivel socioeconómico, físico, emocional, psicológico y espiritual (Ostertag, 2015).

La preocupación por la salud del cuidador debe atenderse de manera prioritaria, tanto por ellos como por las personas que se benefician de su cuidado y garantizar la mejora básica de la calidad de vida de estos pacientes y sus familias (Pérez, 2017). Su abordaje debe basarse en una correcta planificación centrada en objetivos individualizados que incluyan la atención al paciente y sus cuidadores con tratamientos no farmacológicos apoyados en tratamientos farmacológicos (Orueta, 2019).

El síndrome del cuidador es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente, los

síntomas más frecuentes se dividen en físicos, tales como la cefalea, cansancio, digestivos, dolores crónicos, palpitaciones, temblores, etcétera; entre los psicológicos se destacan la depresión, ansiedad y estrés; por último en los síntomas sociales encontramos problemas a nivel familiar y laboral, aislamiento social, falta de tiempo libre, dificultades económicas, etcétera (Viale, 2016).

Ante tal evidencia, en la cual los cuidadores pasan a convertirse en “pacientes ocultos” o “segundas víctimas” de esta situación de cuidar de una persona con EA, y, dado la aparición de los síntomas recién citados, se toma como objetivo del presente trabajo realizar un recorrido por la bibliografía escrita para establecer las principales afectaciones a nivel psicológico que se pueden llegar a presentar, así como la intención de ofrecer una propuesta que permita a los cuidadores ante tal problemática, obtener una alternativa de tratamiento enfocada en la atención de los síntomas antes mencionados (Viale, 2016).

Justificación

El cuidador de un paciente es un elemento clave del triángulo terapéutico equipo-paciente-familia, puesto que ayuda a satisfacer sus necesidades, resolver buena parte de sus problemas y le ofrece diversos apoyos para que pueda afrontar mejor su padecimiento (Cedillo, 2015).

El trabajo del cuidador es una experiencia de compromiso, de tiempo y de paciencia que demanda habilidades y cualidades que son fundamentales en la realización de las actividades de la vida diaria con el enfermo dependiente (Domínguez, 2015).

La mayor parte de las veces convertirse en cuidador es algo fortuito y despierta sentimientos conflictivos, los propios intereses y dolencias pasan a segundo plano para enfrentar el reto de atender a otra persona, se realizan cambios que afecta su vida no solo en el ámbito personal, sino también familiar, laboral y social, lo que origina una afectación en su calidad de vida (Domínguez, 2015).

Señalar este tipo de afectaciones y ofrecer alternativas de solución a cuidadores primarios, debe de ser una acción necesaria que se incluya dentro de la atención personalizada que recibe el mismo. Obteniendo herramientas que coadyuven a formar una terapia objetiva y con resultados eficaces que respondan a las necesidades psicológicas primordiales del cuidador.

Se espera que la revisión realizada constituya una aportación de carácter teórico que sirva como base para la revisión y desarrollo de nuevas investigaciones, teóricas y prácticas.

Pregunta

¿Qué tipo de afecciones psicológicas pueden llegar a presentar los cuidadores primarios informales de pacientes con Enfermedad de Alzheimer?

Propósito

Considerar y determinar las principales afecciones psicológicas que se presentan en el cuidador primario informal de enfermos con Alzheimer.

Ejes temáticos

- Enfermedad de Alzheimer.
- Perfil del cuidador primario.
- Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios informales.
- Depresión en cuidadores primarios informales.
- Ansiedad en cuidadores primarios informales.
- Estrés en cuidadores primarios informales
- Síndrome Bournout en cuidadores primarios informales.

CAPITULO 1

Enfermedad de Alzheimer

La EA es una demencia que cuenta ya con más de 100 años de historia y desde su descubrimiento; el gremio científico en el área de salud se han puesto a investigar sobre este padecimiento demencial (Piña, 2015). La primera referencia de esta enfermedad es de 1906 descrita por el neurólogo y psiquiatra alemán Alois Alzheimer quien, notó cambios en los tejidos del cerebro de una mujer, relativamente joven, que había muerto de una rara enfermedad mental; sus síntomas incluían la pérdida de la memoria, problemas del lenguaje y presencia de un comportamiento impredecible (Pérez, 2015).

La demencia es un síndrome neurodegenerativo de causas diversas, que aqueja principalmente a adultos mayores de 60 años (Gutiérrez, 2017). La naturaleza del síndrome es de tipo crónico degenerativo y progresivo, ya que afecta la memoria, el pensamiento, el comportamiento y la habilidad de realizar actividades de la vida diaria (Piña, 2015).

Se considera una demencia de inicio tardío (posterior a los 65 años) y es la más prevalente conforme la edad aumenta, a nivel mundial es la causa número uno de deterioro cognitivo mayor (Gutiérrez, 2018). Las demencias más comunes son la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Lewy y las enfermedades del cerebro que involucran al lóbulo frontal (Hernández, 2018).

Definición

La EA es un proceso neurodegenerativo, que produce una demencia progresiva e irreversible en la edad adulta y conduce a un estado de incapacidad absoluta (Méráz, 2015). La demencia por EA es la más común de las demencias, se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria que comienza por afectar la memoria episódica y la memoria reciente, también presenta alteraciones de la denominación y de la fluencia verbal, entre otras (Gutiérrez, 2017).

En Manual de Diagnóstico de Enfermedades Mentales DSM5 2013, la demencia es considerada como un trastorno neurológico con manifestaciones neuropsicológicas y neuropsiquiátricas que se caracteriza por deterioro de las funciones cognoscitivas y por la presencia de cambios comportamentales, los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas, necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria. La EA afecta a cada persona de manera diferente dependiendo del impacto de la enfermedad y de las condiciones precoces de un trastorno mental (Piña, 2015).

Es un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognoscitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional o ambos, las alteraciones de la memoria se describen como parte del proceso de envejecimiento normal (Gutiérrez, 2017). La escisión de APP por -ysecretasa conduce a la producción de péptidos $A\beta$ con diferentes longitudes, de acuerdo con la hipótesis amiloidogénica, un desbalance en la proporción de $A\beta_{40}:A\beta_{42}$ resulta en el desarrollo de la EA (Guzmán, 2020) La EA implica una disminución en la función cognitiva y capacidad mental para pensar, razonar, recordar y realizar de manera independiente tareas cotidianas que antes sí realizaba (Pérez, 2015). El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación (Hernández, 2018).

Además de los síntomas cognitivos, la EA presenta síntomas neuropsiquiátricos (SNP), éstos pueden aparecer desde etapas iniciales de la enfermedad; pueden ir desde apatía e indiferencia, hasta desinhibición y alucinaciones, entre otros. (Gutiérrez, 2017).

Etiología

En la actualidad se desconoce la causa real, los últimos estudios científicos muestran evidencias de que se trata de una enfermedad de origen multifactorial y compleja, y la edad es el principal factor de riesgo no modificable (Méraz, 2015).

Ha sido difícil comprender el origen de la EA, es probable que este trastorno sea el resultado de la combinación de múltiples factores, desde los ambientales y genéticos hasta el estilo de vida que haya llevado el sujeto (Jiménez, 2016). La sociedad alemana de Alzheimer en el 2016, indica que aproximadamente el 80% de todas las demencias son causadas primeramente por enfermedades cerebrales en las cuales las células nerviosas se pierden gradualmente por razones desconocidas como son las enfermedades neurodegenerativas (Hernández, 2018). También existe evidencia que sugiere que ciertos genes desempeñan un papel importante en el desarrollo de este trastorno, por lo que algunas personas estarían genéticamente “programadas” para presentar dicha enfermedad (Jiménez, 2016).

Se han identificado alrededor de 55 enfermedades que podrían tener relación con la EA, algunas son enfermedades no progresivas y entre los factores que las desencadenan se incluyen: la edad, el género, predisposición genética, antecedentes de traumatismo craneal y un nivel bajo en la escolaridad (Méráz, 2015). Es sabido que, más allá de lo genético, diversos factores podrían influir, como son enfermedades metabólicas, derrames cerebrales, presión arterial alta, diabetes u obesidad (Jiménez, 2016).

La EA se considera la más común de todas las demencias e histológicamente se caracteriza por generar un decremento anormal de tejido nervioso, presentar una acumulación de proteína β amiloide y proteína tau en regiones corticales y subcorticales (San Pedro, 2016). En aquellos casos en los cuales los síntomas inician después de los 65 años, se denominará EA de inicio tardío o esporádico, cuando los síntomas dan comienzo antes de esta edad, se considera EA de inicio temprano o genética (Gutiérrez, 2017).

Estudios recientes sugieren que el hipocampo y la corteza entorrinal están involucrados en las etapas tempranas de la enfermedad, y que las cortezas de asociación temporal, frontal y parietal se afectan a medida que progresa la enfermedad (Méráz, 2015). Estos cambios histológicos provocan una muerte neuronal con predominio en la corteza temporo-medial y parietal de manera inicial,

pero que se extienden a distintas áreas cerebrales con el avance de la enfermedad (López, 2017).

Las ideas delirantes están asociadas con la afectación del hemisferio derecho; la apatía está relacionada con alteraciones en la región frontal medial y del cíngulo anterior, así como en circuitos subcorticales vinculados a los núcleos de la base; la agitación y la inhibición están relacionadas con alteraciones en la región orbitofrontal, región insular izquierda y corteza insular anterior; y la presencia de poliformismo de nucleótido único está vinculada al grado de atrofia cerebral (Gutiérrez, 2017).

Prevalencia

La prevalencia de casos de Alzheimer en el mundo se incrementará en el futuro debido al aumento del número de personas de la tercera edad, que llegará a 2 000 millones en el año 2050, situación que obliga a innovar métodos de diagnóstico, así como a desarrollar fármacos que le permitan al sujeto ser funcional y llevar una vida con la mejor calidad posible (Jiménez, 2016). Aumenta de forma exponencial de los 65 a 85 años, esta cifra se duplica cada 5 a 6 años y se estabiliza a partir de los 85 a 90 años (Hernández, 2018).

Hasta el momento en las etapas más avanzadas, ésta se ha acompañado de un declive en las capacidades físicas, cognitivas y sensoriales, así como el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas; las cuales pueden conducir a la discapacidad y dependencia (Gutiérrez, 2017).

Para Gutiérrez (2018), esta demencia neurodegenerativa es la más frecuente y la principal causa de demencia a nivel mundial; entre 60 a 70% de todas las demencias se deben a una EA.

Su prevalencia general en mayores de 65 años que viven en comunidad oscila entre 6 y 10%, misma que va de 1% a los 60 años y aumenta en forma exponencial cada cinco años hasta alcanzar 35 a 40% en mayores de 85 años (Gutiérrez, 2018). Una forma familiar o temprana ocurre a una edad más joven (40

años) con un mendeliano patrón de herencia que representa del 4 al 8% de los casos (Jiménez, 2020).

Méraz, (2015) menciona que se prevé que se incremente la incidencia de EA en México en los próximos años, lo que demanda medidas de prevención para este padecimiento. Asimismo, sumado a que hay una mayor esperanza de vida, esto es un factor de riesgo para sufrir una enfermedad neurodegenerativa tal como el deterioro cognitivo leve y la demencia (Méraz, 2015).

En 2010, el Censo de Población y Vivienda arrojó que hay 10 055 379 adultos mayores de 60 años, lo que corresponde a 9.06% de la población; en la encuesta intercensal 2015, se contaron 119 530 753 habitantes, de los cuales 12 436 321 tienen 60 años y más (10.4%), en la actualidad se calcula que en nuestro país existen más adultos mayores de 60 años que niños de 0 a 4 años y se prevé que esta proporción se duplique para 2029 (Gutiérrez, 2017).

Características

Los síntomas conductuales y psicológicos en el desarrollo de la EA son el resultado de una compleja interacción de factores neurobiológicos, psicosociales y ambientales de tal forma que existe una gran variabilidad de unos pacientes a otros (Méraz, 2015).

En la fase preclínica se pueden encontrar cambios de humor, sueño, ansiedad y apatía, la amnesia puede pasar desapercibida o se atribuye a un olvido ocasional, entonces la persona o los miembros de la familia pueden darse cuenta de estos descuidos; poco a poco estos "olvidos" se van cada vez más frecuentes hasta que interfieren con la vida diaria y las personas no pueden llevar a cabo su rutina diaria, olvídense de cómo conducir un vehículo o seguir instrucciones (Jiménez 2020). Pueden olvidar eventos recientes tan importantes como ingesta de alimentos y toma de medicamentos, igualmente las alteraciones en la orientación y la resolución de problemas se vuelven más evidentes (Gutiérrez, 2017).

Presentan dificultad para lidiar con situaciones novedosas o no planeadas; comienza con dificultad para controlar el esfínter urinario, que progresa de manera paulatina hasta la dificultad en el control dual de esfínteres, asimismo, se presentan apraxias importantes tanto ideomotoras, como ideacionales (Gutiérrez, 2017).

En la exploración física se observa temblor, rigidez muscular, lentitud en los movimientos e inestabilidad postural, deterioro de los movimientos rápidos, falta de equilibrio, movimientos descoordinados alteraciones en la marcha, alteraciones motoras y deterioro de los movimientos de los párpados y de seguimiento ocular, enlentecimiento motor, cognoscitivo y disfunción de la capacidad de ejecución (Piña, 2015).

El juicio y la toma de decisiones están muy afectados, así como la capacidad de producción de lenguaje que se traduce en que los familiares reporten que la persona no habla; la capacidad psicomotriz también se encuentra sumamente afectada, lo que en múltiples ocasiones lleva a estados de postración prolongada (Gutiérrez, 2017).

Gutiérrez (2017), considera que dichas alteraciones se presentan con diferente grado de gravedad, dependiendo de la etapa de la enfermedad que puede ser: EA leve, moderada y severa.

a) EA leve: inicialmente se afecta la memoria reciente, ya que los mecanismos relacionados con el almacenaje de la información nueva no funcionan de forma adecuada, en cambio la memoria autobiográfica o de eventos pasados suele mantenerse intacta al inicio de la enfermedad, al igual que la memoria de procedimientos (Gutiérrez, 2017). En ese periodo en el que las funciones cognitivas dejan de estar dentro de los parámetros normales, pero no representan un deterioro significativo como para considerarse demencia, entre los términos más comúnmente encontrados en la literatura para referirse a este periodo podemos encontrar pródromos de demencia, demencia incipiente, deterioro de memoria aislado y deterioro cognitivo leve (Gutiérrez, 2018).

b) EA moderada: En esta etapa, todos los aspectos de la memoria empiezan progresivamente a fallar, este estado tiene una duración aproximada de dos a diez años, durante el cual se producen importantes alteraciones de la función cerebral con aparición de síntomas más preocupantes o que llaman más la atención, comienzan a surgir problemas de afasia, apraxia y agnosia (Piña, 2015). Las personas en esta etapa tienen alteraciones mnésicas más prominentes con implicaciones importantes en las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, aunque algunas de las actividades básicas casi siempre pueden llevarlas a cabo ellos solos, es necesaria la supervisión y/o recordatorios para que las realicen (Gutiérrez, 2017).

c) EA severa: en Piña (2015), se menciona que en esta etapa el enfermo con Alzheimer no reconoce a sus familiares y llega el momento en que desconoce su propio rostro en el espejo. La personalidad que siempre acompañó a la persona, desaparece por completo durante esta etapa de la enfermedad las personas requieren de ayuda para llevar a cabo las actividades instrumentadas y actividades básicas de la vida diaria, la memoria se encuentra afectada de forma severa, principalmente se conservan los recuerdos autobiográficos de la infancia o con una carga emotiva muy alta (Gutiérrez, 2017). En los cambios en el comportamiento se observa agresión hacia el cuidador y agitación no verbal (patalear, golpear, gemir o gritar), y es incapaz de ubicarse en el domicilio o la residencia (Pérez, 2017).

Se presenta un déficit progresivo de cualquier dominio cognitivo y comienza a iniciarse una alteración de las funcionalidades de la persona, denominada función clínica, esto da inicio al desarrollo de la última fase de la enfermedad, la demencia, que es un síndrome clínico crónico que conlleva al trastorno de las funciones cognitivas y altera las capacidades funcionales del sujeto interfiriendo con sus actividades sociolaborales (Gutiérrez, 2018).

Piña (2015), hace mención que los individuos con demencia son especialmente vulnerables a los factores estresantes, tanto físicos (una enfermedad o intervención quirúrgica menor) como psicosociales (ingreso en el hospital, pérdida de un ser querido) lo que puede agravar sus déficits intelectuales y los problemas que se asocian a ello.

En las etapas finales de la enfermedad, el paciente está rígido, mudo, con incontinencia, a veces hay hiperreflexia y espasmos mioclónicos. (Jiménez, 2020). Es común que se presente incapacidad total y la muerte normalmente sucede en un lapso de 8 a 10 años una vez diagnosticada la enfermedad (Méráz, 2015).

Diagnóstico

El estudio de cualquier padecimiento inicia con la historia clínica, la exploración física y estudios radiológicos del paciente, tomando en cuenta que la sintomatología puede variar dependiendo del tipo de demencia, enfermedad e incluso la forma de vida que tuvo el paciente (Méráz, 2015). Se ha reconocido que es imprescindible conocer a profundidad los aspectos en los que se deteriora la capacidad de funcionamiento social de los pacientes, para entender su fisiopatología y poder plantear posibles medidas de intervención (López, 2017).

La sintomatología clínica, sigue siendo la forma más útil para diagnosticar a estos pacientes, algunos biomarcadores han sido propuestos como apoyo en el diagnóstico, como la atrofia cerebral evidenciada por resonancia magnética, niveles de proteínas tau y β amiloide en líquido cefalorraquídeo, metabolismo de glucosa cerebral y algunos marcadores genéticos como el alelo $\epsilon 4$ del gen de la apolipoproteína E (Hernández, 2018).

Meráz (2015), reafirma que para realizar el diagnóstico definitivo de Alzheimer de acuerdo a estos criterios se requiere de estudio histopatológico, ante la necesidad de realizar diagnóstico precoz los cuales han surgido a través de

nuevas herramientas, menos invasivas como la obtención de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo y suero, estudios de imagen cada vez más novedosos, pasando de la resonancia magnética (RM) al uso de la tomografía por emisión de positrones (PET).

Criterios diagnósticos de DSM5 y CIE 11

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM5 para formular el diagnóstico de EA los requisitos son:

1. Que exista una demencia
2. Comienzo gradual y curso lentamente progresivo.
3. Descartar que la demencia se deba a otras afecciones del SNC (por ejemplo enfermedad cerebrovascular, Parkinson, hematoma subdural, hipotiroidismo, carencia de B12, etc.), un compromiso de conciencia o una psicosis (por ejemplo, esquizofrenia, depresión) (estos criterios no diferencian entre la enfermedad de Alzheimer y las demencias fronto-temporales. Para diferenciarlas debe agregarse la evaluación de la capacidad ejecutiva (o programación de la conducta, en términos de Luria).

Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer

CIE-11. (2019) Clasificación Internacional de Enfermedades, define AE como la forma de demencia más común, su inicio es gradual con disminución de la memoria que generalmente se presenta como el motivo inicial de consulta; la evolución consiste en un deterioro lento, pero constante, con respecto a un nivel anterior de funcionamiento cognitivo y con deterioro en otros dominios cognitivos (como las funciones ejecutivas, la atención, el lenguaje, la cognición social y el juicio, la velocidad psicomotora, las capacidades visuoperceptuales o visuoespaciales) que surge con el avance de la enfermedad. Suele ir acompañada por síntomas mentales y del comportamiento, como un estado de ánimo deprimido y apatía en las etapas iniciales, y también por síntomas psicóticos, irritabilidad,

agresión, confusión, anomalías de la movilidad y la marcha, y convulsiones en las etapas posteriores. Un resultado positivo en una prueba genética, antecedentes familiares y un deterioro cognitivo gradual sugieren fuertemente que se trata de demencia debida a la enfermedad de Alzheimer.

Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer de inicio temprano los síntomas aparecen antes de los 65 años, es relativamente rara, representa menos del 5% de todos los casos y puede estar determinada genéticamente (enfermedad de Alzheimer autosómica dominante), los casos manifiestan síntomas atípicos, con déficits de memoria relativamente menos graves (CIE-11, 2019).

Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío se desarrolla a la edad de 65 años o más, este es el patrón más común, que representa más del 95% de todos los casos (CIE-11, 2019).

Tratamiento

Dado que no existe cura para la EA, gran parte de los tratamientos que se han empleado en la actualidad es en reducir los factores de riesgo, e incrementar factores preventivos, se requiere de una intervención multidisciplinaria, es decir médicos, psicólogos entre otros (Méráz, 2015).

Se ha probado la eficacia de ciertos fármacos anticolinesterásicos que tienen una acción inhibidora de la colinesterasa, la enzima encargada de descomponer la acetilcolina el neurotransmisor que falta en el Alzheimer y que incide sustancialmente en la memoria y otras funciones cognitivas, dando como resultado un mejor comportamiento del enfermo en cuanto la apatía, la iniciativa y la capacidad de vida (Méráz 2015).

Para Guzman (2020), la asignación de los estados de protonación de los aspárticos catalíticos y la descripción de los cambios conformacionales asociados a la actividad de esta aspartil proteasa son importantes para la comprensión del

mecanismo de catálisis, menciona que una descripción de las interacciones principales asociadas al paso a paso del mecanismo podría ayudar a explicar la diferencia en el modo de corte de la enzima y por lo tanto en la producción de las diferentes isoformas de A β , lo cual mostraría, una descripción de su mecanismo de reacción, lo que es indispensable para guiar el diseño racional de fármacos enfocados en detener el progreso de la enfermedad.

Algunos medicamentos han sido aprobados en Estados Unidos para el tratamiento de Alzheimer, dichos fármacos son el donepezilo, la rivastigmina y la galantamina, los cuales son empleados en etapas iniciales y moderadas; mientras que para etapas severas, se administra el fármaco llamado memantina (Jiménez, 2016). Así mismo los reguladores de la actividad glutamatergica como la memantina pueden retrasar la aparición de síntomas de grado moderado o severo (Hernández, 2015). Guzmán (2020) sugiere que la inhibición de la producción de todas las isoformas de A β o su modulación específica son opciones viables para el tratamiento de la EA; si se modulan los niveles de los neurotransmisores, es posible que el enfermo de Alzheimer logre mantener funciones relativamente adecuadas en el pensamiento, la memoria y el lenguaje, sin embargo, es importante recalcar que estos fármacos no impiden que las neuronas continúen muriendo, por lo que su eficiencia es por un tiempo limitado (Jiménez, 2016).

En la intervención psicológica para las personas con EA, se ha abordado a través de terapia cognitivo-conductual (TCC), el asesoramiento, así como la terapia de Estimulación Cognitiva (TEC) para la socialización de los pacientes (Méráz, 2015).

García-Alberca (2015) considera que dentro de los abordajes no farmacológicos, las terapias de intervención cognitiva, incluyendo el entrenamiento cognitivo, la rehabilitación cognitiva y la estimulación cognitiva, ha conseguido estabilizar o mejorar la función cognitiva y el desempeño de actividades de la vida diaria en la EA leve o moderada, en sesiones de duración variable que incluyen tareas de estimulación de la memoria reciente y remota, estimulación sensorial, orientación a la realidad, etc.

Méraz (2015), menciona que los objetivos del tratamiento son:

- Disminuir el progreso de la enfermedad.
- Manejar los problemas de comportamiento, confusión y agitación.
- Modificar el ambiente del hogar.
- Apoyar a los miembros de la familia y otras personas que brindan cuidados.
- Compensar insuficiencias vitamínicas, específicamente con vitamina B12, B6 y ácido fólico.

La terapia de rehabilitación cognitiva comprende diferentes tipos de intervenciones desarrolladas sobre la base de la teoría del aprendizaje implícito. Se desarrollan de manera muy individualizada y están dirigidas a trabajar objetivos muy específicos y relevantes para el paciente, pudiendo incluir en muchas ocasiones a otros miembros de la familia (García-Alberca, 2015).

García-Alberca (2015), considera que los programas de entrenamiento cognitivo consisten en la práctica de una manera más personalizada de estrategias y habilidades cognitivas específicas que se pueden llevar a cabo de manera individual o grupal, pudiendo incluir el entrenamiento basado en el uso de programas informáticos, este tipo de programas suele complementarse con la práctica de ejercicios físicos, musicoterapia o la realización de diferentes tipos de juegos englobándose el conjunto con el nombre de estimulación cognitiva enriquecida.

El consumo de alimentos ricos en omega-3 y omega-6 se vuelve importante ya que se ha visto que el ácido docosahexaenoico tiene diversas propiedades no específicas que contribuyen potencialmente al efecto protector contra el proceso neurodegenerativo de EA, el cual protege las neuronas contra subproductos celulares dañinos, alarga la vida de las neuronas, reduce la inflamación e interviene en la comunicación neuronal (Pérez, 2015).

El tratamiento de estos padecimientos resulta costoso y en la mayoría de los casos no revierte ni detiene el daño que el organismo ha sufrido (Hernández, 2015).

CAPITULO 2

TIPOS DE CUIDADORES

Cuidador primario

Los cuidados, en su forma más habitual, son acciones positivas y cotidianas que cada persona realiza para sí misma y para otros, con el fin de mantener un funcionamiento satisfactorio de la persona que los recibe (Ramos, 2014).

La Organización Mundial de la Salud, definió al cuidado primario como: “La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta (Flores, 2016).

Definición

En Ruiz (2013), se ha definido al cuidador primario como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía, o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”. Flores (2016), menciona que el cuidador es “aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria”. Para Hernández (2014), el cuidador primario se define como la persona con vínculo familiar o no, encargada de tomar decisiones, supervisar y colaborar en las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente producida por la enfermedad o apoyar a la persona cuidada.

Actualmente el 47.8% de los adultos mayores mexicanos padecen de algún tipo de discapacidad y sufren las consecuencias de las enfermedades crónicas acumuladas, motivo por el cual, en la mayoría de estos casos, queda a cargo de uno de sus familiares los cuales son llamados cuidador principal (Cruz, 2020).

Cuidador primario formal

Definición

De acuerdo con el Instituto Nacional de las personas Adultas Mayores INAPAM (2020), los cuidadores formales son aquellos profesionales y técnicos que recibieron una formación previa sobre los cuidados que necesitan las personas enfermas, ofrecen atención con límites de horario y tienen un menor vínculo afectivo que los cuidadores informales.

El cuidado formal o profesional se define como “el conjunto de acciones que el profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás; por lo tanto, se puede definir al cuidador formal o profesional como “aquella persona que presta cuidados en una institución pública o entidad, que puede tener o no ánimo de lucro, o de forma autónoma prestando servicios a las personas dependientes tanto en el hogar como en un centro”, dentro de este tipo de cuidados se incluyen aquellos profesionales del servicio público de ayuda a domicilio y los que contratan los propios pacientes o sus familiares (García, 2019).

Los cuidadores formales, son personas capacitadas a través de cursos teóricos – prácticos de formación para brindar atención preventiva asistencial y educativa al enfermo y a su núcleo familiar, a quienes se le remunera por asumir este papel (Cerquera, 2014).

Características

El cuidador profesional puede desempeñar su labor tanto en el ámbito comunitario (domicilio de la persona en situación de dependencia), como en el ámbito institucional, en ambos casos ejercerá tareas que generalmente no pueden ser realizadas por cuidadores no profesionales dentro del entorno del paciente (Tortolero, 2015). Son personas capacitadas como auxiliares de enfermería, médicos y psicólogos que reciben remuneración por sus servicios, brindan atención asistencial preventiva y educativa al enfermo y sus familiares, ya sea en instituciones públicas o en entidades privadas (Cerquera, 2016).

Este tipo de cuidados está presente en los hogares con ingresos muy bajos o muy altos; los hogares con ingresos muy bajos reciben ayuda de los servicios públicos, mientras que los hogares de ingresos altos contratan cuidadores privados (García, 2019).

Cuidador primario informal

Definición

El cuidado informal puede definirse como “la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”, es una actividad que contribuye a rellenar lagunas y carencias del sistema formal de salud y se ha señalado que el 88% en el cuidado de la salud lo ofrecen los cuidadores informales y solo el 12% lo dedica el sistema formal (Flores, 2016).

Se denominan cuidadores informales a las personas que realizan la tarea de cuidado de personas enfermas, discapacitadas o ancianas que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria; aseo, alimentación, movilidad, vestirse, administración de tratamientos o acudir a los

servicios de salud, entre otras (López, 2016). Los cuidadores informales son quienes no disponen de capacitación alguna en cuidados; no son remunerados por su tarea; tienen un elevado grado de compromiso caracterizado por el afecto y una atención sin límites de horarios (INAPAM, 2020).

Características

Un cuidador primario atiende sus necesidades de manera integral en el hogar, participa en la toma de decisiones, supervisa, apoya o realiza actividades de la vida diaria que compensan la disfunción que tiene la persona dependiente (Díaz, 2016). Dentro del perfil de estos cuidadores también podemos encontrar que la gran mayoría de estos se dedica al hogar, aproximadamente un 40% mientras que el 30 % cuenta con un empleo, y hasta el 2.7% además de ser cuidador estudia (Cruz, 2020).

El cuidador informal es el cónyuge, en un alto porcentaje es la esposa, en otro menor el esposo (posiblemente relacionado con la esperanza de vida superior en la mujer frente al hombre), en segundo lugar encontramos a las hijas (algún hijo pero en menor proporción); en ocasiones excepcionales, encontramos en tercer lugar otros familiares: hijos políticos, nietos, sobrinos, etcétera (Logroño, 2020).

Otras características que se pueden mencionar con respecto a los cuidadores informales de acuerdo a la literatura que en su mayoría, tienen una edad mayor de 40 años lo que les permite reconocer factores de riesgo asociados a la salud de su familiar y así ofrecerles cuidado oportuno; su estado civil es casado o unión libre, un factor protector que los beneficiará en el manejo conjunto de emociones desencadenantes de brindar cuidado; poseen vivienda propia en estratos 1 o 2, tienen ingresos económicos variables y bajos; el nivel de escolaridad se encuentra entre primaria incompleta, bachillerato incompleto o formación universitaria sin culminar, describen no haber tenido capacitaciones previas para desempeñar el rol de cuidador informal (Calderón, 2016).

Para García (2019), este tipo de cuidados son invisibles y tienen como objetivo evitar la institucionalización de la persona dependiente; dentro de este tipo de cuidados se puede distinguir tres categorías de ayuda:

- Apoyo personal

Se utiliza para la realización de las actividades que la persona dependiente no puede realizar por sí misma. Estas actividades se clasifican en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Encaminadas al autocuidado y movilidad, dotan a la persona de una autonomía e independencia necesaria para vivir sin precisar de la ayuda continua de otros. Incluyen la comida, el aseo y baño, el vestido, el traslado, el control de los esfínteres, etc.

- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Permiten la adaptación de la persona a su entorno y mantener la dependencia en la comunidad. Incluyen las actividades relacionadas con la cocina, cuidado del hogar, utilización del transporte público, hacer la compra, controlar la medicación, la gestión económica, etc.

- Apoyo informativo.

Se trata de la ayuda en el afrontamiento y resolución de problemas y situaciones concretas y difíciles. El cuidador actúa como intermediario entre la persona cuidada y los recursos sanitarios y sociales, asume responsabilidades sobre hábitos de salud y sirve de interlocutor en caso de ser necesario, además de realizar funciones de acompañamiento y vigilancia.

- Apoyo emocional.

Consiste en relacionarse y comunicarse eficazmente con las personas en situación de dependencia, expresando opiniones, sentimientos e

intercambiando expresiones de afecto con el fin de hacer que la persona dependiente se sienta querida. La provisión de apoyo emocional es muy importante para estas personas, pues les ayuda a reforzar su autoestima, mejorando su sentimiento de pertenencia y aumentando su confianza en los demás.

Cuidadores primarios de pacientes de Enfermedad de Alzheimer

Definición

El cuidador primario es aquel que asume la máxima responsabilidad de asistencia de otra persona, en este caso del paciente con demencia tipo Alzheimer, la mayor parte del tiempo, de forma permanente o temporal, sea en su propio domicilio o fuera de él (González, 2014).

Características

Sobre el cuidado de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer, la responsabilidad suele recaer, principalmente, sobre sus familiares al interior del hogar; sin embargo, no todos los miembros de la familia cercana al paciente asumen de la misma manera los cuidados a proveerle (Cerquera, 2014).

Ya que la prestación de cuidados no acostumbra a repartirse por igual entre sus miembros, sino que existe un “cuidador principal o primario” sobre el que recae la mayor responsabilidad del cuidado; entre algunas de sus características de este cuidador se encuentra ser mujer, familiar cercano (esposa o hija) y ama de casa (Rubio, 2014).

Las tareas que realiza el cuidador se orientan principalmente a facilitar el desarrollo de las actividades de la vida diaria, vigilar y controlar, así como acompañar y apoyar emocionalmente a los pacientes (Navarro, 2017).

CAPITULO 3

AFECTACIONES EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE EA

En Dzul (2018), se define al cuidador primario informal como aquella persona que asume en mayor o menor grado la responsabilidad de ayudar al paciente a realizar todas las actividades que este no puede realizar por sí mismo.

Se ha hecho notar que en la mayoría de estos casos los cuidadores informales de enfermos de EA no cuentan con técnicas adecuadas ni entrenamiento para el cuidado de sus familiares, por lo que llegan al agotamiento y por ende al colapso, por lo tanto, tendremos un deterioro en su propia salud y a su vez en la salud del paciente cuidado (Cruz. 2020).

Con frecuencia, los cuidadores primarios informales de pacientes con EA tienden a verse afectados en los rubros de salud y bienestar, sintiéndose incapaces para afrontar las responsabilidades que implica el desempeño de su rol, convirtiéndose en pacientes ocultos o desconocidos para el área sanitaria (Dzul, 2018).

Soto (2017), menciona que el cuidar es una tarea con un alto grado de responsabilidad y exigencia, lo cual lo lleva a una fuente de estrés y malestar emocional, en cuanto a alteraciones físicas el cuidador primario informal de pacientes con EA está propenso a padecer dolores musculares, dolores de cabeza, fatiga crónica, problemas de digestión y alteraciones del sueño. Además este grupo de cuidadores, comparado con la población en general, presenta elevados índices de ira, sintomatología ansiosa y depresiva, menores niveles de bienestar subjetivo y autoeficacia, así como una mayor probabilidad de sufrir alteraciones en su sistema cardiovascular e inmune; todo ello, como consecuencia del impacto del estrés al que se somete diariamente (Cerquera, 2013).

En la mayoría de los casos una peor calidad de vida, una peor percepción de salud y la carga percibida son factores importantes para desarrollar en estos cuidadores ansiedad y depresión (Cruz. 2020).

Para Ostertag (2014), todos los malestares que el cuidador va acumulando, pueden ser entendidos como estresores subjetivos (sobrecarga); estos estresores no están situados en un mismo nivel, sino que se clasifican en estresores primarios y estresores secundarios.

Los estresores primarios están ligados directamente al cuidado (funcionalidad del enfermo) junto a los estresores subjetivos (sobrecarga); los estresores secundarios se componen de aquellos estresores relacionados con otras áreas distintas o ajenas al cuidado en sí, pero son agravados e influenciados por los estresores primarios (Ostertag, 2014).

Así, hay estresores secundarios de rol que se refieren a las consecuencias negativas que tiene para el cuidador primario atender a una persona dependiente, en áreas de su vida como familiar, social o laboral; y estresores secundarios intrapsíquicos comprendidos por la pérdida de autoestima, falta de control y autoeficacia sobre la situación del cuidado (Ostertag, 2014).

Ser cuidador primario informal de pacientes con EA reduce la posibilidad de hábitos saludables, ejercicio y descanso equilibrado, es decir, de auto cuidado (Sánchez, 2018).

El cuidador, antes que los otros familiares, está en un proceso que se denomina duelo anticipado ya que emocionalmente va aceptando el deterioro progresivo de la EA, lo que está viendo en el día a día, interioriza la pérdida familiar (Sánchez, 2018).

Entonces se aprecia que afrontar el cuidado de una persona con EA, resulta una labor difícil, a causa del incremento en el presupuesto ordinario, especialmente originado por la compra de medicamentos, consultas médicas, gastos de farmacia, comida, ropa especial, acondicionamiento de la vivienda para el paciente, y todo el costo económico elevado que demanda el cuidado de alguien en semejantes condiciones (Cerquera, 2016).

En los cuidadores de aquellos pacientes que son funcionalmente independientes la sobrecarga es menos frecuente, por ende, a mayor limitación de la actividad de los pacientes, mayor es el índice de depresión, por lo que podemos concluir, que la depresión se asocia a la sobrecarga intensa (Cruz. 2020).

Síndrome de Sobrecarga o del cuidador

En 1963, Grad y Sainsbury mencionaron por primera vez el concepto de carga y síndrome del cuidador, al describir la carga percibida por los familiares al cuidado de sus semejantes afectados por alguna enfermedad dependiente en el domicilio (Quinche, 2016).

El “riesgo” presente en los cuidadores familiares principales de pacientes con enfermedades crónicas es entendido como la probabilidad de desarrollar diversos trastornos agrupados y descritos como “Síndrome del Cuidador” (Feldberg, 2016). La sobrecarga del cuidador se origina en el conjunto de sentimientos y percepciones negativas que él tiene respecto de la prestación continua de cuidado que solicita el paciente (Feldberg, 2016).

La sobrecarga objetiva se refiere a la afectación de la vida social del cuidador y la sobrecarga subjetiva es la percepción emocional que tiene este acerca de demandas o problemas relacionados con el cuidado del enfermo (Pérez, 2017). En un inicio el cuidador reporta las tareas de cuidar como satisfactoria, llegando a rechazar la ayuda ofrecida, esta etapa es de líder, sin embargo, a medida que pasa el tiempo comienza a darse cuenta de la realidad, la enfermedad se alarga en tiempo, la situación es cada vez más dura y comienza a necesitar cada vez más ayuda (Cruz. 2020).

Los cuidadores con sobrecarga experimentan deterioro de la calidad de vida, que pueden pasar previamente por una etapa de somatización donde son frecuentes la fatiga, cefaleas inespecíficas, dorsalgias, alteraciones en el ciclo del sueño (García, 2019).

Existen otras dos etapas dentro del síndrome de cuidador como el desajuste entre las demandas y los recursos, por lo que presenta un sobreesfuerzo que poco a poco va agotando sus fuerzas y por último esta reacción aparece en forma de ansiedad, nerviosismo, tristeza, fatiga mental y física, irritabilidad, agresividad, tensión contra los cuidadores auxiliares (Cruz. 2020). En los cuidadores de aquellos pacientes que son funcionalmente independientes la sobrecarga es

menos frecuente, por ende, a mayor limitación de la actividad de los pacientes, mayor es el índice de depresión, por lo que podemos concluir, que la depresión se asocia a la sobrecarga intensa (Cruz. 2020).

La relación entre la acumulación de estresores y la falta de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación de cuidado, tiene un papel importante en la génesis del síndrome del cuidador (Pérez, 2017). Se ha visto que los cuidadores de enfermos con demencia utilizan dos veces más los servicios de salud mental que las personas que no realizan cuidados a la salud en el hogar. Cuando esto se suma al desgaste que implica el cuidado y a los problemas familiares o económicos, ocasiona en el cuidador la aparición de enfermedades nuevas o la agudización de las ya existentes, ansiedad, depresión y los síntomas del síndrome de sobrecarga. (Cavazzani. 2016).

También asocia otros factores favorecedores como el escaso o nulo control sobre la situación adversa en repetidas ocasiones, el interés social, el sexo femenino, el patrón de personalidad tipo A y el aumento de demandas emocionales; por el contrario, la personalidad resistente tiene un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, posee percepción de control del ambiente y se manifiesta ante nuevas situaciones con actitud de desafío por lo que reducen la incidencia del síndrome del cuidador (Pérez, 2017).

En el sexo femenino se asocia una estadística significativa de padecer sobrecarga del cuidador, además al comparar las horas de cuidado hay diferencias entre los cuidadores que realizan esta acción por más de seis horas, otro hallazgo en estos pacientes es que en su mayoría padecen enfermedades del sistema cardiovascular, aproximadamente la mitad padecen de enfermedades endocrinas y estadísticamente significativas las enfermedades del sistema digestivo (Cruz. 2020).

Cavazzani (2016) hace mención que con la evolución de la enfermedad, aumentará la carga física y psicológica que deberá soportar el cuidador primario por lo que es de suma importancia hacer intervenciones tanto preventivas como curativas para la salud mental del cuidador.

La escala de Zarit, es un instrumento creado con el objeto de cuantificar el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas con cierto nivel de dependencia, existen diversos instrumentos para evaluar y medir la sobrecarga en los cuidadores, siendo el más frecuentemente utilizado el cuestionario de Zarit, se ha comprobado que los cuidadores con mayor nivel de carga, evaluada mediante este instrumento, muestran peor autopercepción de salud y mayor probabilidad de tener trastornos emocionales (García, 2019).

La integridad del enfermo también puede estar en riesgo si la persona que lo atiende desconoce el adecuado manejo de sus alteraciones o si demerita la calidad del cuidado debido a la sobrecarga que sufre. (Cavazzani. 2016).

Depresión

La depresión (del latín depressus, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente (Cruz. 2020).

Romero (2015), define a la depresión como el tipo de alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales, y acompañado de diversos síntomas psíquicos como tristeza, alteraciones de la concentración, memoria, etc; y físicos como dolores de cabeza, de espalda, alteraciones gastrointestinales, disminución de la libido, anorexia, entre otros.

La depresión es una enfermedad mental en la que la persona experimenta tristeza profunda y una progresiva disminución del interés para casi todas las actividades del desempeño social (De los Santos, 2018).

Romero (2015) menciona que la OMS concibe a la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida

de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

En la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales. El diagnóstico se basa en la anamnesis. En el tratamiento se utilizan fármacos, psicoterapia o ambos y en ocasiones terapia electroconvulsiva o estimulación magnética transcraneal rápida.

CIE-11. (2019) Clasificación Internacional de Enfermedades, realiza la descripción del:

El trastorno depresivo recurrente con un episodio actual grave, pero sin síntomas psicóticos, se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno depresivo recurrente y el episodio actual es grave y no hay delirios ni alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período del estado de ánimo depresivo casi a diario o un menor interés en actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor, y reducción de la energía o fatiga. En un episodio depresivo grave, muchos o la mayoría de los síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado marcado, o un número menor de síntomas están presentes y se manifiestan en un grado intenso, y el individuo no puede funcionar en lo personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes, excepto en un grado muy limitado. Cruz (2020), menciona que el término depresión se utiliza especialmente para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos. Se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos:

- Trastorno depresivo mayor (a menudo denominado depresión)
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Otro trastorno depresivo especificado o no especificado

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración, que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones inter episódicas (Cruz, 2020).

Para los cuidadores primarios informales de enfermos con EA, el mayor predictor de síntomas depresivos, sobrecarga y enfermedades médicas son la presencia y tipo de alteraciones conductuales del paciente, incluyendo la deambulación errante, las explosiones emocionales y las conductas inapropiadas, además se han reportado otros factores como la agresividad del paciente y enojo del mismo como factores que también contribuyen a la aparición de depresión en el cuidador (Cavazzani. 2016).

Ansiedad

Se define como ansiedad a aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida (Romero, 2015).

En la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), el Trastorno de Angustia se define con la presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes, al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.

TA generalizada es la ansiedad y/o preocupación excesivas persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos

acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica

Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

- a) Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- b) La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses.
 - Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - Fácilmente fatigado.
 - Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
 - Irritabilidad.
 - Tensión muscular.
 - Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

Ansiedad generalizada según el CIE-11. (2019) Clasificación Internacional de Enfermedades, hace la descripción del:

Trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por síntomas marcados de ansiedad que persisten durante al menos varios meses, durante más días que los que no se manifiestan, ya sea por aprehensión general (es decir, "ansiedad de flotación libre") o preocupación excesiva centrada en múltiples eventos cotidianos, con mayor frecuencia relacionados con la familia, la salud, las finanzas, y la escuela o el trabajo, junto con síntomas adicionales como tensión muscular o inquietud motora, actividad simpática autónoma, experiencia subjetiva de

nerviosismo, dificultad para mantener la concentración, irritabilidad o trastornos del sueño. Los síntomas causan una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento. Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central.

En la investigación realizada por Cruz (2020), se observa que en relación al tiempo de cuidado al enfermo de EA, se encontró que la ansiedad se presentó en 60% de los cuidadores que tienen menos de 5 años de ser cuidador, pero esta cifra disminuyó a 24.4% entre los cuidadores con 5 a 9 años de ser proveedores de cuidado. Después de los 10 años del ejercicio del cuidado, la ansiedad se presentó en la mitad de los cuidadores.

Cruz (2020), menciona que cuando hay una mala calidad de vida, una peor percepción de salud, la carga percibida por el cuidador primario informal de pacientes con EA es mayor, esta última depende de la limitación funcional del paciente a cuidar, factores importantes para desarrollar en estos cuidadores ansiedad.

Estrés

Flores (2017), refiere al estrés como la deformación y tensión interna que sufre un cuerpo bajo la acción de fuerzas externas de determinada magnitud que llegan a tener respuestas adaptativas o de incapacidad para contrarrestar la nocividad.

Herrera (2017), menciona que un factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”; entre esos factores, destaca el estrés.

Palacios (2014), menciona que el estrés no siempre tiene una connotación negativa y agrega que, es una respuesta específica y “normal” del organismo a una demanda del ambiente externo; en otras palabras, es una respuesta a

cualquier situación física, biológica o psicosocial que el sujeto deba afrontar, de tal forma que el estrés no es el estímulo sino la reacción a éste.

CIE-11. (2019) Clasificación Internacional de Enfermedades, en el apartado de Trastornos específicamente asociados con el estrés, sin especificación, hace mención a la reacción al estrés agudo como:

El desarrollo de síntomas transitorios de tipo emocional, somático, cognitivo o del comportamiento como resultado de la exposición a un evento o situación (ya sea de corta o de larga duración) de una naturaleza extremadamente amenazante o terrible (por ejemplo, desastres naturales o provocados por el hombre, combate, accidentes graves, violencia sexual, agresión). Los síntomas pueden incluir signos autonómicos de ansiedad (por ejemplo, taquicardia, sudoración, rubor), aturdimiento, confusión, tristeza, ansiedad, enojo, desesperación, hiperactividad, inactividad, aislamiento social o estupor. La respuesta al factor estresante es considerada como normal dada la gravedad del factor estresante y, por lo general, comienza a disminuir a los pocos días después del evento o después de la eliminación de la situación de amenaza.

Por lo tanto el estímulo puede generar una respuesta positiva (eustress) o una negativa (distress), esta última depende de la capacidad del individuo para encontrar los recursos necesarios para hacer frente a una situación de emergencia; cuando esta capacidad es rebasada puede desencadenar patología psicosomática y/o agotamiento funcional en el cuidador primario informal de pacientes de EA (Palacios, 2014).

Debe tomarse en cuenta la respuesta individual de los cuidadores primarios informales de pacientes de EA, basada en las formas de afrontamiento ante situaciones de estrés y que pueden o no concluir en la aparición del agotamiento físico y mental (García, 2019).

Síndrome de Burnout

En Juárez (2014), exponen que la definición de burnout varía en la literatura científica según el contexto, el alcance, la precisión, e incluso las intenciones de quien la usa; no obstante se concluye que todas coinciden en cinco aspectos:

1. Predominan los síntomas disfóricos, principalmente el agotamiento emocional, aunque no el único (es un síndrome que implica aspectos negativos).
2. El acento está en los síntomas mentales y conductuales más que en los físicos (es psíquico).
3. Es un fenómeno relacionado con el trabajo (es laboral u ocupacional).
4. Sus síntomas son observados en individuos “normales” y no patológicos (es una alteración psicosocial, pero no necesariamente es una enfermedad).
5. Existe un decremento en la efectividad y el desempeño laboral debido a las actitudes negativas y conductas que implica (afecta la productividad).

El burnout es una respuesta al estrés emocional crónico con tres componentes: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización (Uribe, 2015).

García (2019), concluye que el cuidador primario sufre desgaste físico y emocional que repercute en su salud, por lo que se debe identificar oportunamente y tener un acercamiento a las necesidades de éste, por lo cual es importante la implementación de programas encaminados a capacitar y apoyar al cuidador, con enfoque en la relación médico-paciente-familia para la integración del cuidador durante la consulta médica.

CONCLUSIONES

Frecuentemente pensamos que el cuidado de una persona enferma dentro del núcleo familiar es lo más importante, ya que éste es el que requiere los cuidados para su recuperación física y anímica, repetidamente se deja de lado al familiar que ayuda en el proceso de cuidado, puesto que se piensa que sólo el familiar enfermo es aquel que necesita cuidados paliativos. Pero poco nos preguntamos y pensamos ¿qué ocurriría si la persona que cuida del integrante enfermo, no pudiera realizar el trabajo que ejecuta y enferma, o en su caso que toda la familia enfermará ya sea biológicamente o psicológicamente?, este problema no sólo necesita del trabajo médico sino de igual forma del apoyo psicológico, para trabajar el área emocional del paciente y del familiar que lo cuida, quien de igual forma puede enfermar pero cuyo padecimiento suele ser ignorado, debido a que la atención sólo se centra en la del enfermo. Es importante no solamente trabajar con el enfermo sino con el familiar que cuida de éste, ya que no sólo es un problema familiar, sino social, que puede originar un malestar a la sociedad impidiendo que tanto el enfermo como el cuidador se desarrollen integralmente. (Gómez, 2015).

El cuidador primario al encargarse del familiar enfermo ofrece toda su atención dejando de lado sus pasatiempos, relaciones sociales y laborales en algunos casos olvida sus necesidades primordiales pues se centra solamente en la evolución de la enfermedad de su ser querido, originando en el cuidador problemas de salud, socio familiares y psíquicos que pueden convertirlo en un enfermo secundario, situación de la cual los demás integrantes de la familia no se percatan, ya que al dejar sólo el cuidado del enfermo a él y obtener resultados, los demás integrantes se olvidan de un cuidado equitativo entre el cuidador y el paciente, por lo que es de suma importancia buscar e implementar modelos de prevención que ayuden al enfermo, a la familia y al cuidador primario en primer instancia, ya que de él dependerá en parte la calidad de vida del enfermo (Gómez, 2015).

Actualmente la ocupación como cuidador primario informal de pacientes con EA, tiene mayor importancia debido a la transición demográfica por la que vivimos, se observa un envejecimiento de la población con el consecuente aumento de las enfermedades crónicas y junto con ello el aumento de la dependencia funcional de los enfermos con EA y con ello la necesidad de un cuidador primario informal.

El cuidador primario no está preparado para responder a las tareas, tensiones y esfuerzos que conlleva el cuidado del paciente con EA; por lo que es necesario diseñar estrategias de afrontamiento que otorguen herramientas a la persona que está prestando el apoyo como cuidador primario para evitar el incremento de riesgos de padecer afectaciones a nivel psicológico.

Propuesta

Para García (2016), un factor que requiere ser evaluado en los cuidadores primarios de enfermos con EA es su percepción de bienestar, entendido como el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, pues se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico y psíquico, asociándose con estados emocionales positivos y posibilitando su desarrollo personal; entre los factores que parecen influir en el nivel de bienestar percibido están los medios empleados para lidiar con el estrés asociado a la carga del cuidador, es decir, las estrategias de afrontamiento usadas por los cuidadores; también está la evaluación subjetiva que realiza el cuidador de los recursos sociales que dispone, es decir, el apoyo social percibido.

Los estilos de afrontamiento “se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional” (Alcaraz, 2015).

Para Alcaraz (2015), el afrontamiento se define como “aquellos esfuerzos cognitivos conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”; también “como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales”; así como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas”.

Estas son algunas de las herramientas con las cuales cuenta el ser humano para hacer frente a las diferentes experiencias de vida y con las cuales los cuidadores primarios de enfermos de EA pueden defenderse y sobrellevar las situaciones estresantes que se le presentan en el desempeño de su labor, permitiéndoles una adaptación a los cambios inesperados de estilos y ritmos de vida que trae consigo el cuidado; además dichas estrategias permiten la búsqueda de alternativas que ayuden a mejorar la calidad de vida tanto del cuidador como de la persona cuidada (Alcaraz, 2015).

En García (2016), de las diferentes estrategias de afrontamiento, se distinguen las siguientes:

- a) Afrontamiento activo: acciones directas para incrementar o reducir al estresor.
- b) Planificación: pensar cómo afrontar al estresor.
- c) Búsqueda de apoyo instrumental: solicitar ayuda o consejos a personas competentes.
- d) Búsqueda de apoyo emocional: conseguir apoyo de simpatía y de comprensión.
- e) Auto-distracción: concentrarse en otros proyectos para no concentrarse en el estresor.
- f) Negación: negar la realidad del estresor.
- g) Aceptación: aceptar que el hecho estresante es real.
- h) Religión: tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés.
- i) Uso de sustancia: significa hacer uso de éstas para sentirse bien o soportar el estresor.
- j) Humor: hacer bromas sobre el estresor.
- k) Autoinculpación: criticarse y auto inculparse.

Si el cuidador primario de enfermos con EA utiliza estrategias como el afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, búsqueda de apoyo emocional, auto-distracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, aceptación, religión y humor, su rol como cuidador no tiende a ser una experiencia frustrante, pudiendo llegar a ofrecer aspectos gratificantes; por otro lado, se han reportado que estrategias como el uso de alcohol y sustancias, no ayudan a proteger a las personas del malestar psicológico y el distrés emocional (García, 2016).

Si el cuidador de pacientes con EA cuenta con adecuados recursos y mecanismos de afrontamiento y adaptación, su rol como cuidador no tiende a ser una experiencia frustrante, pudiendo llegar a ofrecer aspectos gratificantes (Cerquera, 2014).

Para Colmenares (2015), las estrategias centradas en la emoción son necesarias para regular la congoja emocional, como la ansiedad por el sufrimiento que conllevará la enfermedad, el estrés por la fatalidad del padecimiento, la depresión por la pérdida del buen funcionamiento corporal del paciente cuidado y de pronto, la propia vida del mismo, dependiendo de la manera en que hayamos valorado lo que está ocurriendo.

En este caso el cuidador primario informal de pacientes con EA no modifica la situación por no verse capaz de hacerlo o por no creer en su propia capacidad para conseguirlo; se centra en los propios sentimientos acerca de sus pensamientos y conductas, las estrategias dirigidas a la emoción pueden también ser un mecanismo sano de adaptación funcional, cuando desde una valoración racional y ajustada, se acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles y reversibles (Colmenares, 2015).

Por lo tanto, y después de destacar los beneficios que el cuidador primario informal de pacientes de EA puede llegar a obtener del manejo adecuado de las emociones emanadas de las actividades diarias realizadas a favor de su paciente, se propone que sean las estrategias de habilidades de afrontamiento dirigidas a las emociones como principal objetivo a trabajar en una terapia dentro del marco de la teoría Cognitivo Conductual.

Esto con la finalidad de que sea el cuidador primario informal de pacientes con EA, quien sea el principal responsable por el valor otorgado tanto objetiva como subjetivamente de sus pensamientos y emociones; anteponiendo siempre una clara visión de la situación enfrentada, así como la utilización de dichas estrategias de afrontamiento para obtener el mayor provecho y valor obtenido al trabajo desempeñado con paciente de EA.

Objetivo: Que el cuidador primario informal de pacientes con EA aprenda técnicas de habilidades de afrontamiento, dirigidas a las emociones para reducir afectaciones psicológicas.

Taller: Aprendiendo habilidades de afrontamiento.

Dirigido: Cuidadores primarios informales de pacientes con EA.

Duración: 6 sesiones semanales, 1 hora por sesión.

Sesión 1: Restructuración cognitiva, a partir de los pensamientos y de los sentimientos trabajar en el comportamiento que lleva a los problemas de personalidad, basándose en la reorganización del pensamiento, identificación y detección de los pensamientos automáticos y/o deformados de la realidad percibidos (Ruiz, 2015).

Sesión 2: Entrenamiento por inoculación de estrés, entrenamiento práctico, en el que el sujeto se somete a una verdadera situación estresante, con el fin de adquirir habilidades para afrontarla. Simulación de situaciones para adquirir mecanismos de defensa y se puede adiestrar en las reacciones emocionales que provoca (Ruiz, 2015).

Desensibilización sistemática, se pretende que la persona aprenda a enfrentar objetivos ante situaciones amenazadoras, inestables o que provoquen pensamientos negativos, obtener relajación al imaginar escenas de forma progresiva que le proporcionen tranquilidad y seguridad. El primer paso es el dominio de la relajación progresiva, asegurando la efectividad de la reducción de la tensión muscular (Ruiz, 2015).

Sesión 3: Entrenamiento asertivo: busca la autoafirmación del individuo, que aprenda a soportar y afrontar las situaciones de conflicto, que pierda el miedo y desinhiba su forma de actuar, con lo cual mejora la autoestima y sus capacidades en habilidades de afrontamiento. Se pueden analizar también los conflictos, reformulándolos en la mente, realizar entrenamiento en habilidades sociales, aprender a poner límites (decir No), etcétera (Ruiz, 2015).

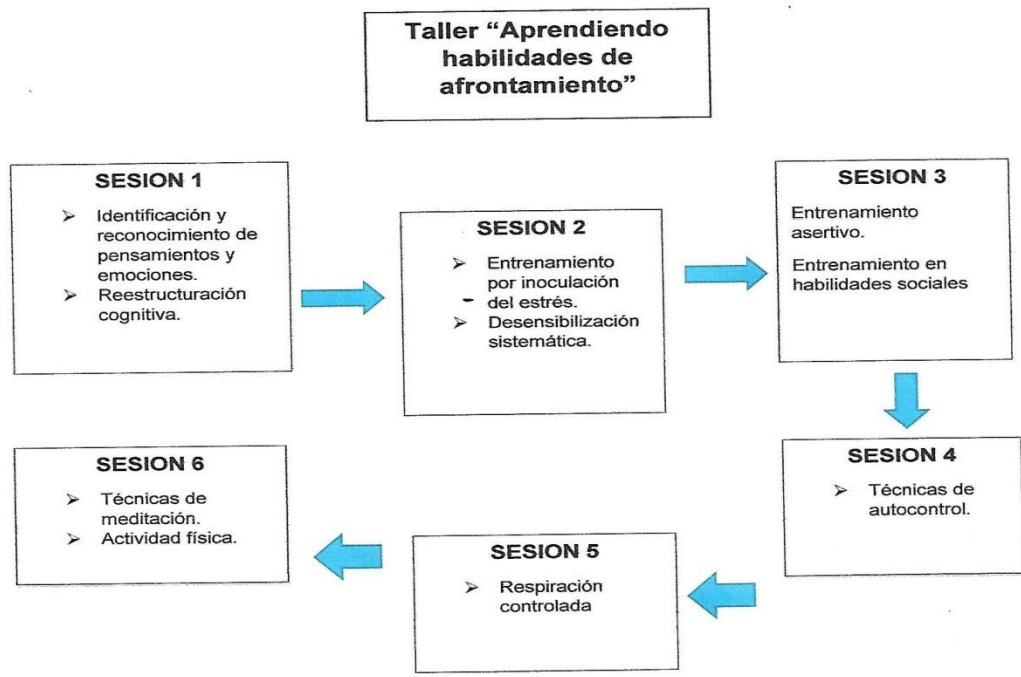
Entrenamiento en habilidades sociales, entrenar al individuo, mediante la simulación, a afrontar situaciones sociales para él difíciles y conducirse con seguridad en estas situaciones de tensión, primero simulando y luego ejecutando en la práctica (Ruiz, 2015).

Sesión 4: Técnicas de autocontrol, aprender a controlar las reacciones que tenemos en las diversas situaciones, regulando y aprendiendo a conocer y evitar la pérdida de control de nuestra conducta (Ruiz, 2015).

Sesión 5: Respiración controlada, se trata de una respiración consciente, siempre por la nariz, con inspiraciones y expiraciones lentas y pausas cortas; la respiración controlada abdominal, que favorece la circulación de la sangre y actúa como tranquilizante sobre el sistema nervioso; la respiración consciente y controlada nos devuelve a nuestro centro, nos enseña a relajarnos y redescubrir la tranquilidad y la paz. Al mismo tiempo incrementa nuestra capacidad de escuchar y hacernos receptivos mediante una percepción muy sutil (Ruiz, 2015).

Sesión 6: Técnicas de meditación, como la meditación guiada, que es una herramienta que permite, mediante palabras e imágenes, dejar de lado emociones negativas como el dolor, el estrés y las preocupaciones, ayudando a conectar con nuestro interior (Ruiz, 2015).

Actividad física, son movimientos del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo, forma parte de un estilo de vida saludable, que ayuda a controlar la ansiedad, depresión y estrés (Ruiz, 2015).



Esquema del plan de trabajo para la intervención con cuidadores primarios informales de pacientes con AE

REFERENCIAS

- Arias, W. Cahuana, M. Ceballos, K. Caycho, T. (2019). Síndrome de Burnout en cuidadores de pacientes con discapacidad infantil. *Revista Interacciones*, 5(1), p.7-16. <https://revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/66/141>
- Bernal, B. (2013). La experiencia de cuidar a una persona con Alzheimer por parte de un cuidador primario. (Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México). <http://132.248.9.195/ptd2013/agosto/0700392/0700392.pdf>
- Borghini, Ana. Castro, V. Marcon, S. Carreira, L. (2013). Sobrecarga de familiares cuidadores de ancianos con la Enfermedad de Alzheimer: un estudio comparativo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 21(4), p.1-8. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf
- Cavazzani, M (2016) Correlación entre el grado de depresión en los cuidadores primarios y el grado de demencia en pacientes geriátricos del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos. (Tesis de grado, Universidad Autónoma de México). https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000746770
- CEAFA. (2017). Consecuencias de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en los cuidadores familiares: poner en valor su condición como persona. Cinfa. https://www.ceafa.es/files/2017/05/Consecuencias%20CUIDADORES_Definitivo.pdf
- Cedillo, A. Grijalva, M. Santaella, G. Cuevas, M. González A. Asociación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes postrados. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(3), 362-367. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457744937018.pdf>
- Cerquera, A. Galvis M. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), p.149-167. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80131179010.pdf>

Cerquera, A. Galvis, M. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1). 149-167. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80131179010.pdf>

Cerquera, A. Matajira, F. Pabón, D. (2016). Caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga. *Revista Virtual Universidad Católica del norte*, 47, p. 4-19. <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194244221002.pdf>

Cerquera, A. Pabón, D. Granados, F. Galvis, M. (2016). Sobre carga en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer y la relación con su ingreso salarial. *Psicogente*, 19(36), p. 240-251.

<https://www.redalyc.org/pdf/4975/497555221010.pdf>

CIE-11. (2019) Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud.

Cruz, M. (2020) Depresión, ansiedad y sobre carga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajas, S.L.P. (Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de México).

<http://132.248.9.195/ptd2019/julio/0792537/Index.html>

De los Santos, P. Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), p. 1-24. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>

Díaz, A. (2016). Acompañamiento enfermero: Perspectiva del profesional y el cuidador primario del niño en estado crítico. (Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de México).

<http://132.248.9.195/ptd2016/septiembre/0750638/0750638.pdf>

Domínguez, M. (2015) Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No. 33 El Rosario. (Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de México).

<http://132.248.9.195/ptd2015/julio/0731852/Index.html>

DSM 5. (2000) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Dzul, F. Tun, J. Arankowsky, G. Pineda, J. Salgado, H. Pérez, E. (2018). Relación entre sobrecarga y el índice depresivo de cuidadores primarios de pacientes con enfermedades neuromusculares. Revista Biomédica, 29(3).

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472018000300061

Feldberg, C. Saux, G. Tartaglini, F. Irrazába, N. Leis, A. Roja, G. Somale, V. Cácere, F. Demey, I. Allegri, I. Stefan, D. Actores psicosociales y sobre carga del cuidador informal. Resultados preliminares en cuidadores familiares de pacientes con enfermedades cerebrovasculares. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XXV (3), p.259-266. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281948416005.pdf>

Flores, M. Fuentes, H. González, G. Vega, M. Flores, I. Valle, M. (2016). Perfil del cuidador primario del adulto mayor hospitalizado. Academia Journals, p. 585.

<http://saludpublica.cucs.udg.mx/tem/5WO14PBTX.pdf#:~:text=En%201999%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial,b%C3%A1sicas%20del%20mismo%20de%20manera>

Flores, P. Pérez, S. Salazar, C. Manzo, E. López, C. Barajas, L. Medina, E. (2017). Fuentes, síntomas y estrategias de afrontamiento al estrés competitivo en nadadores. Revista de Psicología del Deporte, 26(2), p.199-209.

<https://www.redalyc.org/pdf/2351/235152045027.pdf>

García, J. (2015). [Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas.](#) Revista neurología, 30(1) p. 8-15.

<https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-las-terapias-intervencion-cognitiva-el-S021348531200271X>

García, T. (2019). Análisis del síndrome de Burnout desde la inteligencia emocional (Tesis de grado, Universidad Autónoma de México).

<http://132.248.9.195/ptd2019/agosto/0792897/Index.html>

Gómez, J. (2015). Programa de intervención psicológica para cuidadores primarios de enfermos crónicos en la comunidad de Apaxco, Edo. México. (Tesis de grado, Universidad Autónoma del Estado de México).

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/21850/Programa%20de%20intervenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20para%20cuidadores%20primarios%20de%20enfermos%20cr%C3%B3nicos.pdf?sequence=1>

González, G. (2014). Más allá del paciente con Alzheimer: intervenciones psicológicas hacia el cuidador primario. (Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de México). <http://132.248.9.195/ptd2014/mayo/0713064/0713064.pdf>

Guerrero, J. Romero, G. Martínez, M. Martínez, R. Rosas, S. (2016). Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. Rev. Enf. Inst. Mex. Seguro Social, 24(2), p. 92).

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2016/eim162d.pdf>

Gutiérrez, L. García, M. Roa, P. Martínez, A. (2017). La Enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud.

https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ANM-ALZHEIMER.pdf

Hernández, E. (2015) EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD ANTIOXIDANTE DE FENOLES DE *Olea europaea* L., EN LA PREVENCIÓN DE UN PROCESO DE NEURODEGENERACIÓN PROGRESIVA EN UN MODELO MURINO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, (Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de México). <http://132.248.9.195/ptd2015/octubre/0736651/Index.html>

Hernández, M. (2019). Desgaste psicológico en cuidadores principales de enfermos con Alzheimer. (Tesis de grado, Universidad Autónoma de México).

https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000787723

Hernández, N. Moreno, C. Barragan, J. (2014). Necesidades de cuidado de la diada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. Revista CUIDARTE, 5(2), p. 748-757.

<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v5n2/v5n2a06.pdf>

Herrera, D. Coria, G. Muñoz, D. Graillet, O. Aranda, G. Rojas, F. Hernández, M. Nafissa, I. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud. Neurobiología, 8

(17), p. 1-23. [https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/Herrera-Covarrubias-8\(17\)220617.pdf](https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/Herrera-Covarrubias-8(17)220617.pdf)

INAPAM. (2020). Cuidadores y cuidadoras de personas mayores. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores>

Jiménez R, Poot A, Sarro A, Murillo E. (2016) ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer? Revista Ciencia, p.22-27. https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/67_2/PDF/Alzheimer.pdf

Jiménez, P. (2020) alteraciones visuales en la Enfermedad de Alzheimer (Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de México). <http://132.248.9.195/ptd2020/agosto/0802822/Index.html>

Juárez, (2020) Conservación del proceso de la familiaridad musical en la Enfermedad de Alzheimer, un estudio de caso (Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de México). <http://132.248.9.195/ptd2020/octubre/0804485/Index.html>

Juárez, A. Idrovo, A. Camacho, A. Placencia O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: una revisión sistemática. Salud mental, 37(2). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200010

Leyva, V. Hernández, M. Aguirre, E. (2016). Experiencias de familias que conviven con una persona con diagnóstico de Alzheimer. Enfermería Actual de Costa Rica, 30, p.1-22. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n30/1409-4568-enfermeria-30-00086.pdf>

López, R. (2017) Relación de las funciones ejecutivas y la teoría de la mente en sujetos con deterioro cognitivo leve, Enfermedad de Alzheimer y adultos mayores

sanos (Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de México FES Zaragoza). <http://132.248.9.195/ptd2017/marzo/0757377/Index.html>

Losada, A. Márquez, M. Vara, C. Gallego, L. Romero, R. Olazarán, J. (2017). Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador. *Revista Clínica Contemporánea*, 8, p. 1-17.
<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2017v8n1a4.pdf>

Navarro, M. Jiménez, L. García, M. Perosanz, M. Blanco, E. (2018) Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería. *Gerokomos*, 29(2), p. 79-82). <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n2/1134-928X-geroko-29-02-00079.pdf>

Orueta, R. (2019). Los medicamentos para la enfermedad de Alzheimer a debate. El papel del médico en familia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 12(3). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2019000300113

Ostertag, F. (2014). Soporte social en el cuidador primario de una persona con Alzheimer. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 12(1). http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612014000100005

Ostertag, F. (2015). Reconstrucción del sentido de vida de un cuidador primario. Estudio de caso. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 13 (1). http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000100007

Palacios, M. Paz, M. (2014). Condiciones de trabajo, estrés y manifestaciones psicosomáticas en médicos de hospitales de la ciudad de México. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(235). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000200005

Pérez, M. Álvarez, T. Martínez, E. Valdivia, S. Borroto, I. Pedraza, H. (2017). El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia

Alzhéimer. Gaceta Médica Espirituana, 19(1).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000100007

Pérez, M. Álvarez, T. Martínez, E. Valdivia, S. Borroto, I. Pedraza, H. (2017). El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. Gaceta Médica Espirituana, 19(1).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000100007

Pérez, V. (2016). Identificación de sobrecarga del cuidador en cuidadores primarios de adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativo de la C.F.M. "Gustavo A. Madero" mediante la Aplicación de la Escala de Zarit. (Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de México).

<http://132.248.9.195/ptd2016/mayo/0744276/Index.html>

Piña, R. (2015) los efectos de la enfermedad del Alzheimer en una persona anciana, dentro de la dinámica familiar (Tesis de grado Universidad Nacional Autónoma de México, FES Acatlán).

<http://132.248.9.195/ptd2015/agosto/0734154/Index.html>

Quinche, A. Ríos, A. (2017). Relación del síndrome del cuidador con la funcionalidad familiar de personas con discapacidad. Revista científica digital INSPILIP, 1(1), p. 1-22. https://www.inspilip.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/RELACION-DEL-SINDROME-DEL-CUIDADOR_.pdf

https://www.inspilip.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/RELACION-DEL-SINDROME-DEL-CUIDADOR_.pdf

Ramos, B. Jarillo, E. (2014). El cuidado informal de personas con enfermedad renal crónica. Una mirada desde la salud colectiva y la teoría de las representaciones sociales. En-claves del pensamiento 14(15), p.195-216.

<https://www.redalyc.org/pdf/1411/141131696009.pdf>

Ramos, I. (2018) cambios en los patrones de o-glicosilación tipo mucina en un modelo experimental de la Enfermedad de Alzheimer. Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de México).

<http://132.248.9.195/ptd2018/abril/0772815/Index.html>

Romero, M. Fernández, N. Huerta, G. Barradas, M. (2015). Depresión y ansiedad en estudiantes de pedagogía Veracruz, Universidad Veracruzana. RIDE Revista Iberoamericana para la investigación y el Desarrollo Educativo, 6(11), p. 1-12.

<https://www.redalyc.org/pdf/4981/498150319055.pdf>

Rubio, M. Márquez, D. Campos, S. Alcayaga, C. (2017). Adaptando mi vida: vivencias cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer.

Gerokomos, 29(2), p.54-58. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n2/1134-928X-geroko-29-02-00054.pdf>

Ruiz, E. (2014). La figura del cuidador principal. Apoyo de enfermería. Revista de Enfermería C y L, 5(1), p. 2.

<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/98/72>

[Ruíz, C. \(2015\). Manual de Psicoterapia Cognitiva.](#)

<https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/manual-de-psicoterapia-cognitiva.pdf>

Ruiz, M. Ortiz R. Ortega, A. (2019). Estudio cualitativo sobre las vivencias del cuidador de Alzheimer: adaptación e impacto. Cultura de los Cuidados, 53, p. 16-27. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/91750/1/CultCuid_53-16-27.pdf

Sánchez, N. Bilbao, D. (2018). Dinámica familiar de pacientes con enfermedad de Alzheimer antes y después del inicio de la enfermedad. Pensando Psicología, 14(24), p. 1-17). <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/2581/2626>

Tortolero, L. Negroe, O. Moya, M. (2015), La importancia del cuidador primario. (Tesis de grado, Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.).

<http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/296%20la%20importancia.pdf>

Uribe, J. (2015). Manifestaciones psicosomáticas, compromiso y burnout como consecuentes del clima y la cultura organizacional: un análisis de ruta, Contaduría y Administración, 60(2).

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-10422015000200447

Viale, M. González, F. Pruvost, M. Caceres, M. Miranda, A. Rimoldi, M. (2016). Programas de intervención para el manejo del estrés de cuidadores de pacientes con demencia. *Neuropsicología Latinoamericana*, 8(1), p. 35-41.
<https://www.redalyc.org/pdf/4395/439545619004.pdf>

Anexos

| Terapeuta: | Taller “Aprendiendo habilidades de afrontamiento” | |
|--|--|---------------|
| Dirigido: A cuidadores primarios informales de EA moderada | | |
| No. sesión: 1 | Duración 1 Hr. | Fecha: |
| Objetivo General: Que el cuidador primario informal de pacientes de EA, identifique y reconozca sus pensamientos y emociones, en situaciones que le provoque conflicto. | | |
| Objetivos específicos | Actividad | Tiempo |
| <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente de confianza. | <ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida, presentación del instructor y participantes | 10 min. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Informar el objetivo del taller, los beneficios que obtendrá el participante. | <ul style="list-style-type: none"> • Mencionar las técnicas de Reestructuración cognitiva que se manejarán en el desarrollo del taller: Entrenamiento por Inoculación de estrés, Desensibilización sistemática, Entrenamiento asertivo, Entrenamiento en habilidades sociales, Técnicas de auto control, Respiración controlada, Técnicas de meditación y diseño de actividad física. | 10 min. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer que es la Reestructuración cognitiva | <ul style="list-style-type: none"> • Exposición de lo que es la Reestructuración cognitiva como proceso terapéutico, que se basa en la identificación y confrontación de los pensamientos y emociones. | 10 min. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de pensamientos y emociones | <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio práctico de reconocimiento de pensamientos y emociones negativas e irracionales que nos asaltan ante determinadas circunstancias. Que es lo que piensan, que es lo que sienten y cómo actúan ante determinada situación. | 5 min. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificación y registro de situaciones de tensión | <ul style="list-style-type: none"> • Se les enseñará a trabajar la hoja de autorregistro, donde anotarán las situaciones de tensión que se presentan en un día, que piensan, que sienten y que hacen. Actividad que les ayudará a realizar el registro en casa como tarea, una hoja por día hasta la próxima sesión | 10 min |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aclaración de dudas sobre los temas vistos y realización de tareas. | <ul style="list-style-type: none"> • Preguntas de dudas sobre los temas de la sesión, despedida y cita para la próxima sesión | 10 min. |

| Terapeuta: | Taller “Aprendiendo habilidades de afrontamiento” | |
|---|---|---|
| Dirigido: A cuidadores primarios informales de EA moderada | | |
| No. sesión: 2 | Duración 1 Hr. | Fecha: |
| Objetivo General: Que el cuidador primario informal de paciente de EA, adquiera mecanismos de defensa para poder enfrentar objetivos en situaciones inestables. | | |
| Objetivos específicos | Actividad | Tiempo |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dar confianza y retomar la secuencia del taller. • Revisar los autorregistros tarea de la sesión anterior. • Que los participantes observen desde afuera una situación de conflicto con el uso de la técnica de inculación del estrés. • Adquirir mecanismo de defensa que les provoque una mejor reacción ante situaciones estresantes. • Aclaración de dudas sobre el tema visto. | <ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida y preguntarle cómo ha estado para revisar el estado general de la paciente • Revisar los autorregistros donde se identificará los puntos de mayor conflicto o dificultad, que se le presentaron al paciente en el reconocimiento de sus pensamientos, emociones y conductas. • De las situaciones manifestadas por los participantes, elegir la más común expuesta para realizar un Roley Pleaying, representación en parejas de la situación de conflicto • Reflexionar sobre las reacciones que comúnmente se presentan ante las situaciones estresantes; motivar a los participantes a expresar que acciones se podrían realizar para evitar una reacción adversa a la situación de conflicto. • Se realiza la despedida de la sesión preguntándoles que aprendieron de los ejercicios realizados y recomendándoles hacer uso de lo aprendido. Recordándoles la próxima sesión. | <p>10min.</p> <p>10 min.</p> <p>5 min.</p> <p>20 min.</p> <p>10 min</p> |

| Terapeuta: | Taller “Aprendiendo habilidades de afrontamiento” | |
|---|--|---|
| Dirigido: A cuidadores primarios informales de EA moderada | | |
| No. sesión: 3 | Duración 1 Hr. | Fecha: |
| Objetivo General: Que el cuidador primario informal aprenda a enfrentar objetivos en situaciones amenazadoras, que le provoquen pensamientos negativos. | | |
| Objetivos específicos | Actividad | Tiempo |
| <ul style="list-style-type: none"> • Crear ambiente de confianza para compartir sus experiencias. • Que el participante identifique y reconozca cuales son las situaciones que le provoquen mayores pensamientos negativos. • Lograr que el participante pueda relajarse ante una situación que le provoca mayor ansiedad, con la aplicación de la técnica de sensibilización automática. • Que el participante aplique con seguridad lo aprendido • Aclaración de dudas | <ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida, compartir como actuaron aplicando lo aprendido en la sesión anterior, si notaron cambios en sus pensamientos y por ende en su reacción en situaciones estresantes, si observaron algún cambio. • Se les pedirá a los participantes que expresen cual es la situación que le provoque mayor conflicto • Los participantes se pondrán en una posición cómoda, se les pedirá que se imaginen la situación más estresante y amenazadora que no pueda controlar. La repetida presentación del estímulo hace que éste pierda progresivamente su capacidad de evocar ansiedad y en consecuencia malestar físico, emocional o cognitivo. • Se pasara posteriormente a practicar con la exposición directa de situaciones amenazantes, con la participación de los asistentes. • Se realiza la despedida de la sesión preguntándoles que aprendieron de los ejercicios realizados y recomendándoles hacer uso de lo aprendido. Recordándoles la próxima sesión. | <p>10 min.</p> <p>15 min.</p> <p>15 min.</p> <p>15 min.</p> <p>5 min.</p> |

| Terapeuta: | Taller “Aprendiendo habilidades de afrontamiento” | |
|--|---|---------------|
| Dirigido: A cuidadores primarios informales de EA moderada | | |
| No. sesión: 4 | Duración 1 Hr. | Fecha: |
| Objetivo General: El cuidador primario informal logre tener el control cualquier situación. | | |
| Objetivos específicos | Actividad | Tiempo |
| <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente de confianza y valorar los avances de las sesiones anteriores. • Ayudar a los participantes en sus dificultades interpersonales con el uso de técnicas de entrenamiento asertivo. • Técnica de sobreponerse a estas dificultades. • El uso de la técnica de modelado para lograr una mejor asertividad en situaciones de conflicto. • Entrenamiento en las habilidades sociales para lograr un mejor ajuste psicosocial de la persona, evitando así el aislamiento, la falta de afecto y posibles trastornos afectivos asociados. • Participación activa, lograr que tengan una mayor seguridad al manifestar su opinión. | <ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. Identificar los estilos básicos de la conducta interpersonal: Estilo agresivo, pasivo y agresivo, reconociendo la mejor forma de actuar acorde con el estilo asertivo. | 5 min. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar en qué situaciones fallamos, y cómo deberíamos actuar en un futuro. analizando el modo de respuesta a las situaciones problemáticas y cómo puede hacer que el resultado sea positivo. | 10 min. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Describir las situaciones problemáticas, tratando de analizar las situaciones en términos de quién, cuando, qué y cómo interviene en esa escena, identificando los pensamientos negativos y el objetivo que se quiere conseguir. | 5 min. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Escribir un guion para el cambio de conducta, un plan escrito para afrontar la conducta de forma asertiva. El instructor moldea junto al paciente el guion para que éste sea expresado de forma específica, observando e imitando el comportamiento de otras personas o "modelos". | 15 min. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • La dinámica que se realizará, consiste en repetir y practicar la conducta o comportamiento ambicionado en el mayor número de situaciones, la situación expuesta será reproducida con la mayor claridad y precisión posibles, y de forma gradual, de menor a mayor, la dificultad de esta. | 10 min. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Para lograr una mejor integración de la información, se realizará una retroalimentación de forma inmediata o incluso simultánea a la actuación de la persona, en forma respetuosa, como cierre de la sesión. | 10 min. |

| Terapeuta: | Taller “Aprendiendo habilidades de afrontamiento” | |
|--|---|---------------|
| Dirigido: A cuidadores primarios informales de EA moderada | | |
| No. sesión: 5 | Duración 1 Hr. | Fecha: |
| Objetivo General: El cuidador primario informal podrá lograr tener un mejor control de las situaciones de conflicto, con las técnicas de esta sesión adquirirá herramientas para lograr un descanso reparador, que mejore su labor. | | |
| Objetivos específicos | Actividad | Tiempo |
| <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de avances logrados. • Lograr control emocional con el uso de la Respiración consiente y controlada. • Que el participante logre un control de pensamientos • El paciente adquirirá conciencia de la importancia de sentirse bien, mejorando su autoestima • El participante expone su opinión, sintiéndose parte importante del grupo. | <ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida, los participantes hablarán de los cambios de pensamiento y conductas que han desarrollado, con lo aprendido hasta el momento en el taller. | 10 min. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Se les pedirá a los participantes tomar una posición cómoda para “Aprender a respirar”, dando instrucciones de cómo realizar una Respiración Consiente, en inspirar profundamente, mantener el aire unos segundos, y luego soltar el aire lentamente mientras se piensa en algo positivo. Repetir este ejercicio varias veces. | 15 min. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Cero pensamientos repetitivos, técnica que consiste en no pensar en las cosas negativas o que nos hacen daño, constantemente, no superar esta situación no dejará que exista una buena proyección como personas. El participante identificará un pensamiento repetitivo y constante que le cause malestar emocional y aplicará esta técnica, para realizar la práctica. | 10 min. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Que el participante identifique actividades que ya no realice, que le guste y disfrute, cuestionándose el por qué dejó de hacerlo, una forma de relajación es realizar aquello que realmente queremos, decir, desconectarse de situaciones estresantes. Realizar una lista de cosas que le gustaría realizar y poner fecha de realización, estando consiente que se merece un tiempo para él. | 15 min. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación de los participantes en las actividades realizadas. | 10 min. |

| Terapeuta: | Taller “Aprendiendo habilidades de afrontamiento” | |
|---|---|---------------|
| Dirigido: A cuidadores primarios informales de EA moderada | | |
| No. sesión: 6 | Duración 1 Hr. | Fecha: |
| Objetivo General: El cuidador primario informal de pacientes de EA tenga un mejor estilo de vida por medio de la meditación y actividad física. | | |
| Objetivos específicos | Actividad | Tiempo |
| <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente de confianza donde el participante se pueda expresar libremente. • Lograr un profundo estado de relajación en la persona que le permita modificar las emociones negativas y mejorar la salud y el bienestar. • Que el participante reconozca la necesidad de realizar una rutina de ejercicios físicos. • El participante reconocerá la necesidad de hacer uso de las técnicas aplicadas. • Evaluación del taller | <ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida, analizando cómo se sintieron al realizar las actividades gratificantes que solía realizar. | 10 min. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • El participante usará ropa cómoda, se le explicará que meditar es entrenar la mente para llevarla a un estado de paz, calma y serenidad. Una vez que te encuentres cómodo debe relajarse, centrarse en tu respiración teniendo los ojos cerrados. Si durante la meditación pierdes la concentración, vuelve a concentrarse en tu respiración, hasta lograr un mejor control. Se hará uso de música de sonidos relajantes. | 15 min. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Diseño de una rutina de ejercicios físicos acorde a la edad y capacidad física. Los participantes sugerirán actividades que les gustaría realizar, con esta base a sus capacidades ellos mismos elegirán que actividades pueden realizar, haciendo conciencia que esta actividad debe de ser constante. | 15 min. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Reflexión de los beneficios de hacer uso de la respiración controlada, la meditación y actividad física, les provocará un estado de bienestar y una disminución de sensación de dolor emocional, podrán disfrutar de un mejor descanso, tener una mejor destilo de vida, logrando una mejor perspectiva de las situaciones estresante. | 5 min |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Los participantes harán comentarios y sugerencias del taller, mencionando que cambios observaron en su desempeño del cuidado de paciente de EA. | 10 min. |

LISTA DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER:

INSTRUCTOR:

SEDE:

| NOMBRE | SESIÓN 1 | SESIÓN 2 | SESIÓN 3 | SESIÓN 4 | SESIÓN 5 | SESIÓN 6 | HORARIO |
|--------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

AUTOREGISTRO 1

NOMBRE _____ FECHA _____

| CUANDO | QUE PIENSO | QUE SIENTO | QUE HAGO |
|---|------------|------------|----------|
| Al comenzar el día. | | | |
| Durante mi jornada de cuidador | | | |
| Al asistir a las actividades en los servicios de salud con el paciente. | | | |
| Por la noche antes de dormir | | | |