



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA

**PROGRAMA PSICOEDUCATIVO ONLINE PARA EL CONTROL DE ESTRÉS EN  
CUIDADORES DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:  
**SHARI THELMA ORTEGA PINEDA**

DRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

DRA. MARICELA OSORIO GÚZMAN  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DR. JOSÉ MARCOS BUSTOS AGUAYO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

DRA. MARÍA ROSA DE LOURDES ÁVILA COSTA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, 2022



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.

## ***Agradecimientos***

Este proyecto logró cristalizarse principalmente por la participación y confianza del grupo de cuidadores de personas mayores que me permitieron acercarme a ellos y conocer esa labor que genuinamente nace al cuidar a un ser querido enfermo.

Al programa de posgrado en psicología de la UNAM y al Consejo Nacional de Ciencia Y Tecnología.

Al comité de sinodales que prestaron su tiempo y conocimientos para la revisión de este manuscrito.

Un agradecimiento especial al Dr. Marcos Bustos Aguayo por el apoyo e impulso para iniciar y concluir esta etapa, por la confianza de adoptarme en su grupo de trabajo, por los conocimientos, por transmitir inspiración y motivación.

A Beto, Yess e Isabel que paralelamente vivieron esta etapa, su amistad es alegría en mí. Los quiero.

A mis amigos y colegas que desde tiempos zaragozanos han confiado en mí y me echan porras Erik, Andrea, Vale y David.

Al Dr. Angel García, por su amistad, por su guía y todos los aprendizajes que siguen siendo pilares profesionales en mí.

## ***Dedicatorias***

A **Rosa Elena Ortega Pineda †**

Hermana, tu sonrisa, luz y fortaleza que recuerdo desde niña perduró a pesar del lupus y así te recordaremos.

Fuiste mi motor para acercarme a la psicología clínica y de la salud y siempre lo serás, cada trabajo mío lo acompaña tu esencia.

A mi mamá **Rosalía**:

Por el apoyo incondicional, por los ánimos, por las risas, por los apapachos, por las consentidas, por ser tú.

A mi papá **Francisco**:

Un gran dibujante, un apasionado por el noveno arte, tu trabajo te ha inmortalizado, un hombre trabajador, un abuelo consentidor y un padre estricto que me apoyo para alcanzar ese sueño de ser psicóloga.

A pesar del futuro incierto hoy sigues aquí con nosotros y cual sea el escenario seguiremos con nosotros.

A mis sobrinos **Dulce** y **Vitali** que son el amor más bonito.

A **Francy** mi hermana por darme siempre lo mejor de ti.

A mis chiquitines bolis y blacky que sos mi vida.

A **Erick**, este fue el inicio de muchos momentos de complicidad, apoyo, crecimiento, aprendizajes y aventuras, sigamos construyendo más y más vivencias juntos. Tqm.

A **Diana** y mi sobrino **David** por el apoyo y acompañamiento en este proceso, era divertido compartir el día a día con pendientes.

**ÍNDICE**  
**PRIMERA PARTE**  
**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

	<b>Pág.</b>
1. Medicina conductual (MC) a nivel mundial y en México	1
2. Generalidades de la sede: Hospital Juárez de México (HJM)	4
3. Inserción a la residencia de medicina conductual al Hospital Juárez de México	6
3.1. Servicio de salud mental comunitaria	8
3.2. Características del servicio de geriatría	9
4. Actividades desarrolladas en la sede	10
4.1. Contextualización psicológica de las personas adultas mayores	11
4.2. Evaluación del servicio de geriatría	13
4.3. Actividades del residente de MC	14
4.4. Estadística de pacientes atendidos	17
4.5. Otras actividades no programadas	20
5. Modificación de las actividades de la residencia en MC: del trabajo presencial a la modalidad en línea	20
6. Competencias profesionales alcanzadas	21
7. Evaluación final del programa de residencia	23
8. Conclusiones y sugerencias	24

## SEGUNDA PARTE

### PROGRAMA PSICOEDUCATIVO ONLINE PARA EL CONTROL DE ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE

Resumen	26
Introducción	27
1. Marco Teórico	28
1.1 Deterioro Cognitivo Leve en Personas Adultas Mayores	28
1.2 Ejercer el cuidado: conceptualización y visión social	30
1.3 Estrés en los Cuidadores de PAM con DCL	32
1.4 Estrategias de evaluación e intervención del estrés en los cuidadores de Personas Adultas Mayores con Deterioro Cognitivo Leve	35
1.5 Intervenciones psicoeducativas con enfoque cognitivo- conductual: análisis de la evidencia de su eficacia	38
2. Método	43
3. Planteamiento del problema	43
4. Justificación	44
5. Objetivos	45
6. Hipótesis	45
7. Diseño	45
8. Muestreo	46
8.1. Criterios de inclusión	46

8.2. Criterios de exclusión	46
8.3. Criterios de eliminación	47
9. Participantes	47
10. Instrumentos y materiales	49
11. Procedimiento	53
12. Resultados	58
13. Discusión y conclusiones	65
14. Referencias	70
15. Anexos	83

---

**PRIMERA PARTE.**  
**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

---

**1. Medicina conductual a nivel mundial y en México**

La Medicina Conductual (MC) comparte sus antecedentes históricos con la psicología de la salud y las modificaciones epistemológicas de las ciencias médicas que surgieron en los siglos XX y XXI. Entre los cambios de mayor relevancia se subraya la explicación absolutista del modelo biomédico al conceptualizar la enfermedad como la invasión de agentes patógenos provenientes del ambiente a un huésped. Desde esa perspectiva la población no tenía participación en el cuidado y mantenimiento de su salud porque el enfermar era atribuido a factores ambientales (Brannon & Feist, 2001).

Décadas más tarde, Marc Lalonde en 1973 adoptó el término *promoción de la salud*, proponiendo la presencia de elementos ambientales y conductuales en el continuo salud enfermedad, siguiendo sus pasos en 1977, George Engel Libman postuló el modelo biopsicosocial que describe el proceso de salud-enfermedad a partir de la interacción de tres elementos: biológicos, psicológicos y sociales. El equilibrio de las tres esferas representa el mantenimiento de la salud y el desequilibrio puede desencadenar alguna enfermedad. Esta propuesta fue acoplándose a causa del aumento de enfermedades crónico-degenerativas y con ello surge el interés de investigar los estilos de vida, los determinantes sociales y las características demográficas comprometidas en las tendencias de los padecimientos (Brannon & Feist, 2001; Marks et al., 2008).

Ese panorama facilitó el acercamiento de la psicología al campo de la salud, que de forma paralela ya había logrado involucrar tópicos relacionados al comportamiento en



el estudio de padecimientos orgánicos. Conforme pasaron los años aumentó la cantidad de psicólogos dedicados a realizar investigación básica y aplicada en contextos hospitalarios y entornos comunitarios, por lo que en 1978 la *American Psychological Association* (APA); creó la División 38 con el objetivo de conjuntar conocimientos científicos, educativos y profesionales en psicología dedicados a la promoción y mantenimiento de la salud, así como la prevención y tratamiento de enfermedades. A ese nuevo campo de estudio se le denominó psicología de la salud, simultáneamente a este evento emergieron otras disciplinas como la salud conductual y la MC que comparten fundamentos teóricos de las ciencias médicas y del comportamiento, pero con diferencias teóricas y metodológicas de aplicación. Por ejemplo, la salud conductual se dedica a la prevención de enfermedades y la MC tiene la meta de incorporar conductas saludables en la persona para reducir el impacto de sus padecimientos (Brannon & Feist, 2001; Cerezo-Reséndiz & Hurtado-Rodríguez, 2012; Shelley, 2007).

Este campo interdisciplinario se fundamenta en las ciencias del comportamiento para explicar el proceso salud enfermedad, evaluar y modificar el comportamiento del paciente considerando sus creencias, sentimientos y pensamientos relacionados con su padecimiento, su curación, e involucra la participación de familiares y médicos (Reynoso, 2011; Schwartz & Weiss, 1978).

Entre sus antecedentes se destacan la publicación del libro: *Biofeedback: Behavior Medicine* escrito por Birk en 1973, donde propone intervenciones de retroalimentación biológica para ciertos problemas de salud física como: migrañas, hipertensión y dolor crónico. Después de este hecho en 1977 se realizó la primera conferencia de MC en la Universidad de Yale, posterior a ello en 1978 se publicó el primer tomo de la revista

*Behavior Medicine* en la Universidad de Duke y en ese mismo año se fundó la Academia de Investigación de Medicina Conductual en Estados Unidos. A partir de esos acontecimientos se consolidó como disciplina y se caracterizó por retomar los principios teóricos del análisis experimental de la conducta y *Biofeedback* como modelos de intervención, además, incorporó la metodología de evaluación del análisis funcional de la conducta (Rodríguez, 2010).

En México, entre la década de los setenta y ochenta se presentaron los siguientes acontecimientos para su incorporación como campo interdisciplinario de estudio: 1) el currículo científico del análisis experimental de la conducta del programa de estudios de psicología en la Universidad de Xalapa, Veracruz propuesto por Víctor Alcaraz, Emilio Ribes, Antonio Gago, Serafín Mercado Doménech y Florente López, 2) uso de la retroalimentación biológica como tratamiento en parálisis neuromusculares, 3) Emilio Ribes modificó el plan de estudios de psicología en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Iztacala retomando los principios del modelo conductual, 4) creación del programa psicología de la salud en la ENEP Zaragoza con colaboración de la Secretaría de Salud, 5) la ENEP Iztacala crea la maestría de modificación conductual con énfasis en el campo de la salud y 6) la organización del primer simposio de MC en el país con sede en la ENEP Iztacala (Reynoso et al., 2011; Zanatta & Yurén, 2012).

Para 1998 se estructuró el programa de enseñanza correspondiente a la residencia en MC, entre la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). El proyecto inició sus actividades en el año de 1999 mismo que continúa vigente con algunas modificaciones, producto de la separación de las sedes. En la actualidad, la Facultad de

Psicología se centra en las actividades de investigación y mantiene convenios con los hospitales Gea González, Fray Bernardino, Centro Médico la Raza, el Instituto de Cardiología, entre otros (Reynoso et al., 2011).

Por su parte, el programa de la FES Iztacala tiene el objetivo de formar a sus estudiantes con competencias de investigación, evaluación e intervención psicológica en el contexto hospitalario, durante el primer semestre los residentes cursan talleres y clases teóricas que los preparan para su estancia hospitalaria en los siguientes tres semestres, para ello tiene convenios con dos sedes: Hospital Regional de Atizapán “*Dr. Salvador González Herrejón*” y Hospital Juárez de México (HJM; Reynoso et al., 2012; Reynoso, 2014).

Desde la formalización del convenio con el HJM se han recibido y formado un mayor número de estudiantes que en la otra sede adscrita al posgrado, en sus primeros años los residentes iniciaron sus actividades en los servicios de oncología y trasplante renal, con la incorporación de nuevas generaciones el hospital fue autorizando la admisión de estudiantes a otras áreas médicas (Reynoso, 2014).

Debido a la relevancia que tiene este organismo de salud en la enseñanza de los residentes de MC de la FES Iztacala, en los apartados subsecuentes se describen sus peculiaridades, la distribución de los estudiantes en los servicios y las actividades que realizan como parte del programa de residencia.

## **2. Generalidades de la sede: Hospital Juárez de México**

El HJM se ubica en la zona norte de hospitales de la Ciudad de México, tiene sus instalaciones en Avenida Instituto Politécnico Nacional (IPN) N° 5160, Colonia Magdalena

de las Salinas C.P. 07760, Alcaldía Gustavo A. Madero (Secretaría de Salud [SSA], 2016).

Se inauguró en el año de 1847 con el nombre de Hospital San Pablo, en aquel entonces mantenía el propósito de solventar las quejas de la población a nivel salud que dejaron las batallas de invasión de Estados Unidos y Francia, por lo tanto, desde su inauguración hasta la época de la Revolución, la asistencia sanitaria se enfocaba en la curación de heridas e intervenciones quirúrgicas, paulatinamente se incorporaron las actividades de docencia e investigación a estudiantes de enfermería y medicina (SSA, 2016).

Poco después, en 1872 fue renombrado Hospital Juárez en conmemoración del presidente Benito Juárez, durante las siguientes décadas la institución tuvo una serie de remodelaciones y expansiones en sus instalaciones. Para la década de los noventa, se reabrieron los servicios de hospitalización y consulta externa. El área de enseñanza reinició cursos de pregrado, especialización y posgrado, aceptando a los alumnos del Centro Cultural Justo Sierra, Instituto Politécnico Nacional (IPN), UNAM y otras universidades (Rojas et al., 2013). Las innovaciones contribuyeron a que en la actualidad sea reconocido como órgano del Sistema Nacional de Salud de tercer nivel con el objetivo de cooperar en su fortalecimiento a través de la prestación de servicios médicos de alta especialidad (SSA, 2016) como:

1) *División de cirugía*: anestesiología, angiología, cirugía vascular, cirugía general, cirugía maxilofacial, cirugía plástica y reconstructiva, endoscopia, medicina física

y rehabilitación, neurocirugía, oftalmología, oncología, ortopedia, otorrinolaringología, trasplantes y urología.

2) *División de medicina*: alergia e inmunología, cardiología, endocrinología, gastroenterología, geriatría, hematología, medicina interna, nefrología, neumología, neurología, preconsulta, psiquiatría, reumatología y salud mental comunitaria.

3) *División de pediatría*: cirugía pediátrica, neonatología, pediatría médica, urgencias pediatría y unidad de terapia intensiva pediátrica.

4) *División de gineco-obstetricia*: biología de la reproducción, ginecología y obstetricia.

5) *Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento*: anatomía patológica, banco de sangre, laboratorio clínico, medicina nuclear, neurofisiología clínica, radiología e imagen.

6) *Dirección médica*: homeopatía, toxicología y unidad de vigilancia epidemiológica-infectología.

La investigación y la enseñanza son otras actividades que se han mantenido para la capacitación de recursos humanos. En ambos casos se apoya la inserción de profesionales y estudiantes de pregrado, maestría y doctorado en disciplinas de la salud como medicina, enfermería, nutrición, trabajo social y psicología (SSA, 2016).

### **3. Inserción a la Residencia de Medicina Conductual al Hospital Juárez de México**

El primer semestre del programa escolar está destinado a la enseñanza de estrategias de evaluación e intervención cognitivo-conductual en el campo hospitalario, los fundamentos teóricos de la MC y la metodología de evaluación e investigación. A finales

del semestre los estudiantes de nuevo ingreso asisten al HJM para conocer el equipo de trabajo del servicio médico al que han sido asignados, las actividades y organización de tareas.

La designación de los estudiantes de nuevo ingreso (R1) a los servicios se realiza al inicio del ciclo escolar en agosto, sin embargo, su inserción a la institución se formaliza después de un semestre de capacitación en las aulas de la FES Iztacala por el grupo de docentes del posgrado y en el hospital por el residente del servicio que cursa el segundo año de maestría (R2). Para el periodo académico del 2020-1 a 2020-2 la rotación de residentes se realizó como describe (ver tabla 1).

**Tabla 1**

*Distribución de los residentes del programa en cada servicio del HJM*

Servicio	Residente de segundo año (R2)	Residente de primer año (R1)
<i>Cirugía</i>	Sin R2	Psic. Melany Ramírez Montaña
<i>Dolor</i>	Psic. Yosemite Ofelia Vázquez Mercado	Psic. Christian Iván Gil Dávila
<i>Geriatría</i>	Psic. Erick Alberto Medina Jiménez	Psic. Shari Thelma Ortega Pineda
<i>Hematología</i>	Psic. Cristian José Hernández Victoria	Psic. María de los Ángeles Huitrón Gutiérrez
<i>Medicina Interna</i>	Psic. María del Carmen Estrada Alvarado	Psic. Griselda García Ávila Psic. Norma Edith Muñoz Villegas
<i>Oncología</i>	Psic. Anahí Georgina Rojas Álvarez Psic. Cecilia Nayeli Herrera Gómez	Psic. Diana Graciela Pérez Psic. Luis Alberto Gonzales Salomón
<i>Oncopedriatología</i>	Psic. Mariana Ortiz Omaña	Psic. Liliana Torres Gaytán

*Nota.* Distribución de los estudiantes del posgrado Medicina Conductual FES Iztacala, en el periodo de enero a marzo del 2020. Elaboración propia.

La rotación de los estudiantes cambia al finalizar cada ciclo escolar los que cursan el segundo año concluyen su estancia en el servicio médico después de año y

medio en él, consecutivamente los alumnos de nuevo ingreso serán asignados con uno o dos compañeros que acreditan al segundo año de la residencia.

### *3.1. Servicio de salud mental comunitaria*

En la sede hospitalaria el residente es asignado a la Unidad de Salud Mental Comunitaria. Se ubica en el pasillo de archivo frente al sindicato, su función consiste en proporcionar psicoterapia desde diferentes enfoques de intervención a pacientes, trabajadores, residentes de medicina y enfermería del hospital. Las modalidades de atención se dividen en consulta externa y hospitalización (Rojas et al., 2013). Para cubrir dichas actividades se encuentran adscritos nueve psicólogos especializados en distintas funciones que se describen a continuación: cuatro psicólogos pertenecen a consulta externa, de ellos, tres están en preconsulta y una en terapia familiar. Los cinco adscritos restantes se ocupan de consulta externa y hospitalización en infectología, ginecología, neonatología, obstetricia, ortopedia, pediatría, urgencias de adultos y pediátricas (C.T. Cervantes comunicación personal, 24 de enero de 2020).

Otro rubro que cumplen algunos adscritos a la unidad de Salud Mental dentro del hospital, es guiar y supervisar la formación de psicólogos de pregrado y posgrado del IPN, la Universidad de Londres y la UNAM. Específicamente, la FES Iztacala mantiene convenio con el hospital permitiendo a los residentes del posgrado de MC desarrollar y trasladar sus competencias de investigación, evaluación e intervención psicológica en las divisiones médicas de cirugía, clínica del dolor, geriatría, hematología, medicina interna, oncología y oncopediatria.

### *3.2. Características del servicio de geriatría*

La geriatría es una subespecialidad médica enfocada al estudio, prevención y tratamiento de los padecimientos que aquejan a la Persona Adulta Mayor (PAM; Bermejo, 2010). Su incorporación en el país se impulsó por dos cambios demográficos: el aumento de la esperanza de vida y el decremento de la tasa de natalidad. Por lo tanto, en el 2006 se inauguró el Instituto Nacional de Geriatría (INGER) en la Ciudad de México, dichos eventos propiciaron añadir la consulta geriátrica en hospitales de segundo y tercer nivel (Rojas et al., 2013).

En el caso del HJM se inició la atención a pacientes ambulatorios en el 2008 y al poco tiempo se instauró la Clínica del Adulto Mayor que trabajaba de interconsulta con traumatología y ortopedia. Respecto al servicio de hospitalización las actividades empezaron con cuatro camas y después con nueve, cifra que se ha mantenido, no obstante, pueden ocuparse más camas cuando las situaciones lo demandan (Rojas et al., 2013). De esta forma en el 2009 los residentes de medicina interna comenzaron rotaciones en geriatría promoviendo la formación de especialistas, de igual modo, en los años subsecuentes se involucraron especialistas en gerontología y psicogeriatría, así como, psicólogos estudiantes de MC con el objetivo de consolidar un equipo de trabajo multidisciplinario e interdisciplinario (Rojas et al., 2013).

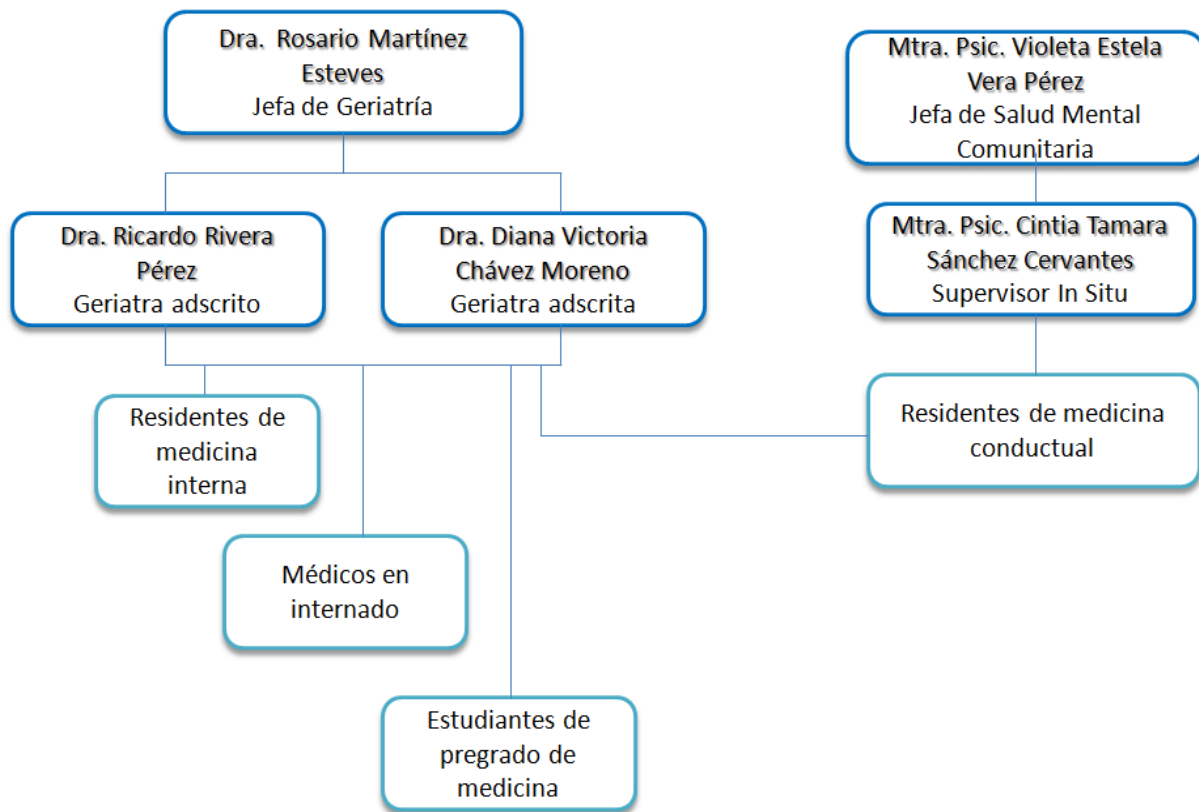
Desde entonces la unidad de geriatría pertenece a la división de medicina del HJM, actualmente se localiza en el nuevo edificio de oncología, para la consulta externa se ocupa el consultorio nueve y la oficina está en el consultorio 12. Su estructura orgánica se compone por tres médicos subespecialistas en geriatría, la Dra. Rosario Martínez Esteves jefa del servicio y los médicos adscritos la Dra. Diana Victoria Chávez Moreno y



el Dr. Ricardo Rivera Pérez. Como estudiantes se encuentran los residentes de medicina interna, los médicos generales que realizan su internado, los psicólogos de MC pertenecientes a la Unidad de Salud Mental Comunitaria y los estudiantes de pregrado de medicina del IPN y la UNAM (ver figura 1).

**Figura 1**

*Organigrama del servicio de geriatría del HJM*



*Nota.* Los residentes de medicina interna realizan su rotación cada dos meses, los médicos en internado rotan cada dos semanas, los estudiantes de pregrado de medicina finalizan sus clases cada tres o seis meses, mientras que los residentes de MC concluyen su estancia en año y medio. Elaboración propia.

**4. Actividades desarrolladas en la sede**

Esta sección tiene el objetivo de clasificar y enunciar las tareas que realizan los residentes de MC en el área de geriatría del HJM, en primera instancia se señalan las dimensiones

psicológicas de la PAM y la importancia del especialista en MC. En el segundo apartado se describe la valoración a nivel de organización y disponibilidad de trabajo entre los profesionales de la salud. En el tercer apartado se escriben las actividades desarrolladas a lo largo de la residencia.

#### *4.1. Contextualización psicológica de las personas adultas mayores*

En el HJM se estipulan los siguientes criterios para que las PAM sean pacientes del servicio de geriatría: 1) edad (de los 70 años en adelante) y 2) manifestar síndromes geriátricos, definidos como comorbilidades que desencadenan otros síndromes que comprometen la funcionalidad y autonomía biológica, afectiva, cognitiva y social (Rodríguez, 2017).

Durante la primera consulta en el servicio de geriatría, los médicos realizan una Valoración Geriátrica Integral (VGI) que consiste en determinar el estado actual del paciente en cuatro aspectos (Fernández-Ballesteros, 2014; Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2018):

1) *Biológico*: incluye la exploración física de los sentidos, la marcha, el estado nutricional, control de esfínteres, nivel muscular, alteraciones de dentición, ingesta de medicamentos y enfermedades previas.

2) *Funcionalidad*: consiste en determinar la capacidad de movilidad para realizar actividades básicas de supervivencia (desplazarse, alimentarse, aseo, vestirse, uso del baño) y actividades instrumentales relacionadas con el contexto (uso de transporte, llamar por teléfono, resolver cuentas, entre otras).

3) *Estado cognitivo y afectivo*: evalúa el ciclo circadiano, la orientación en tiempo, espacio, persona y circunstancias, las funciones cognoscitivas para descartar delirium,

deterioro cognitivo o demencias. La parte afectiva consiste en indagar el estado psicológico para diagnosticar o descartar afectaciones de salud mental como depresión, ansiedad, miedo a caer, estrés del mismo modo identificar conductas de riesgo para la salud que exacerban padecimientos agudos o crónicos.

4) *Socio-ambiental*: se indaga acerca del estado civil, cultura, lugar de residencia, nivel de escolaridad, redes de apoyo (familiares, amistades y cuidadores) y descartar la presencia de maltrato, negligencia y/o abandono.

El objetivo de la VGI es obtener información suficiente para adecuar el plan médico y psicológico. En concordancia con la propuesta del modelo biopsicosocial de Engel, la evaluación e intervención psicológica se dirige a promover un estado óptimo de salud en los pacientes. Al respecto, Siegler et al. (2002) reseñan que el papel del especialista en MC en geriatría consiste en identificar la dimensión psicológica en la enfermedad e incorporar conductas de salud para la recuperación, tratamiento y rehabilitación del paciente. Además de los criterios previos deben de considerarse la heterogeneidad de edades y estilos de vida.

De acuerdo con cifras del INGER (2019) y la SSA (2014) el 6.6% de la población de PAM presenta depresión, ansiedad, alteraciones de las funciones cognitivas o algún tipo de demencia, además ser una población con riesgo de suicidio.

Los determinantes que inciden en la manifestación y evolución de los trastornos de depresión y ansiedad, entre los factores biológicos se estima que las discapacidades visuales y auditivas, dificultad de la marcha, fragilidad, o el riesgo de caídas condicionan una situación de aislamiento y vulnerabilidad. Adicionalmente, las enfermedades crónico-degenerativas con mayor prevalencia en este grupo corresponden a cardiovasculares

(30.3%); cáncer (15.1%); enfermedades pulmonares crónicas (7.5%) y músculo esqueléticas (7.5%; INGER, 2019). A ello, se suman otras condiciones sociales que hacen vulnerable a las PAM como la negligencia, maltrato y abandono por parte de familiares, cuidadores formales e informales (Fernández-Ballesteros, 2014).

Cuando no es posible trabajar directamente con las PAM ya sea por las dolencias médicas o dimensiones socioculturales, es deseable involucrar a los familiares y cuidadores en la intervención con el propósito de influir de forma positiva en su estabilidad psicológica y social, ya que, conforman su primera red de apoyo (Rodríguez, 2017).

De esta manera, el papel del estudiante consiste en trasladar los principios conductuales para hacer evaluaciones ideográficas y diseñar rutas de intervención que favorezcan el aprendizaje de conductas de autocuidado, así como, la enseñanza de técnicas para la lograr la adherencia terapéutica, reducción de estrés, ansiedad, depresión para los pacientes, sus familiares y/o cuidadores.

#### *4.2. Evaluación del servicio de geriatría*

En el servicio de geriatría del HJM, la atención médica y psicológica poseen una asignación de labores definidas que facilitan el trabajo colaborativo entre los profesionales de la salud que atienden a las PAM, la organización de trabajo se plasma en las actividades de hospitalización, consulta externa y enseñanza.

Durante los meses de enero a marzo los médicos adscritos al servicio manifestaron disponibilidad para resolver dudas de diferente índole como la estructura y distribución de tareas y del cuadro clínico de los pacientes, conjuntamente, organizaron

labores competentes a cada disciplina e involucraron y reconocieron la participación del psicólogo en la atención médica de hospitalización y consulta externa. Además, compartieron espacios de trabajo, consultorios, materiales bibliográficos y manuales de intervención psicológica para pacientes y familiares, la accesibilidad de los geriatras benefició el trabajo multidisciplinario y la integración de los estudiantes al equipo médico.

Finalmente, otros profesionales de la salud como enfermeras, trabajadores sociales y licenciados en nutrición, manifestaron respeto al psicólogo conductual como otro profesional de la salud al momento de trabajar con los pacientes, mantuvieron un trato cordial y con disponibilidad de resolver dudas tanto del paciente como del psicólogo, de igual manera, en algunas ocasiones colaboraron durante las intervenciones.

#### *4.3 Actividades del residente de medicina conductual*

A partir del 6 de enero del 2020 el horario de actividades de la que suscribe fueron de diferentes modalidades (ver tabla 2).

**Tabla 2***Horario de los estudiantes de MC en el servicio de Geriatría*

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Hora					
7:00	Supervisión <i>in situ</i>			Clase Julio César Soto Barraza	
8:00					
8:00	Atención de pacientes y seguimiento de familiares	Atención de pacientes y familiares de hospitalización o consulta externa	Sesión General	Clase Dr. Ricardo Rivera	Atención de pacientes y familiares de hospitalización o consulta externa
9:00					
9:00	Pase de visita, atención de pacientes en hospitalización y consulta externa		Supervisión Académica	Pase de visita, atención de pacientes en hospitalización y consulta externa	
10:00					
11:00					
11:00			Clase supervisión		
12:00					
12:00			Caso clínico		
13:00					
13:00					
14:30	Elaboración de notas y Supervisión <i>in situ</i>				

*Nota.* Distribución de las actividades de los estudiantes de MC en el servicio de geriatría del HJM. Elaboración propia con base al programa operativo 2020 del programa Medicina Conductual de la FES Iztacala.

La descripción de las actividades desarrolladas en contexto hospitalario se llevó a cabo del 6 de enero y hasta el día en el que se declaró la pandemia por la COVID-19 (ver tabla 3) donde se describen con mayor detalle las actividades asistenciales y académicas ejercidas durante este período.

**Tabla 3***Dinámica de la residente en el HJM*

Actividades asistenciales	Descripción
Pase de visita	Se realizaba a diario a las 9:00 am y que está a cargo de alguno de los médicos geriatras adscritos al servicio. Los psicólogos se presentan en ese horario a excepción de los jueves. El objetivo de la actividad es identificar problemáticas en el paciente como en el familiar.
Intervención en hospitalización	Acciones dedicadas a la evaluación e intervención cognitivo conductual en la PAM con síndromes geriátricos y/o enfermedades crónico-degenerativas en condiciones de hospitalización, y de ser necesario se valorar también al familiar o cuidador principal.
Consulta externa	Atención psicológica a los pacientes en la consulta externa a solicitud del servicio de salud mental del hospital.
Elaboración de notas en formato SOAP	Se elaboraban todos los días a las 13:00 hrs. al finalizar las actividades de intervención, en hospitalización o consulta externa. Cada residente redacta las notas SOAP o informativas de los pacientes que atendió durante el día, para su revisión por parte del residente de segundo año y de la supervisora in situ.
Actividades Académicas	Descripción
Supervisión in situ	La Mtra. Cintia Tamara Sánchez Cervantes atendía dudas y retroalimentaba las labores de los residentes de MC respecto a las evaluaciones e intervenciones, elaboración de notas y casos clínicos, además coordinaba clase teóricas cada miércoles de 13:00 a 14:00 hrs.
Supervisión académica	Cada miércoles a las 9:00 hrs. la Mtra. María Cristina Bravo González y la Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo llevaban a cabo sesiones bibliográficas, análisis de las evaluaciones e intervenciones psicológicas, retroalimentaban casos clínicos, protocolos y reporte de experiencia profesional.
Tutorías académicas	La Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez revisaba los avances del Reporte de Experiencia Profesional, el proyecto de investigación y los materiales psicoeducativos.
Clases Médicas	Se asistía a la clase de Geriatria los jueves 8:00 hrs con el Dr. Ricardo Rivera Pérez y los viernes a la clase de Neurociencias a las 7 pm con el Dr. Julio César Soto Barraza.
Presentación de casos clínicos	Los compañeros residentes exponían un caso relevante a docentes y psicólogos adscritos al servicio de salud mental.
Sesión general	Asistencia cada miércoles a las 8:00 hrs a las conferencias de temáticas diversas de salud en el auditorio del HJM, dicha actividad era coordinada por autoridades del hospital.

#### 4.4 Estadística de pacientes atendidos

Del 6 al 31 de enero y del 17 de febrero al 15 de marzo del año 2020, se atendieron a 39 pacientes del servicio de geriatría, la edad promedio fue 82 de años (DE=7.2) las variables sociodemográficas se clasificaron en cuatro dimensiones: edad, sexo, estado civil y lugar de residencia (ver tabla 4).

**Tabla 4**

*Características sociodemográficas de los pacientes de geriatría*

n=39		f	%
Sexo	Hombres	4	10
	Mujeres	35	90
Intervalo de edad*	Seniors	1	3
	PAM jóvenes	14	36
	PAM longevos	24	61
Estado civil	Casado	16	41
	Separado	1	3
	Soltero	1	3
	Viudo	16	41
Entidad	Otros estados de la República	9	23
	Zona Metropolitana	30	77

*Nota.* Características sociodemográficas de los pacientes de geriatría del HJM atendidos entre los meses de enero y marzo del 2020. \* clasificación del grupo de edad senior: 60-70 años, adultos mayores jóvenes: 71-80 años, adultos mayores longevos: 81-99 y centenarios: 100 años en adelante.

Elaboración propia

Los síndromes geriátricos fueron los padecimientos médicos de mayor frecuencia (79%) estas cifras concuerdan con el reciente reporte epidemiológico del INGER (2019) que enumera a las complicaciones cardiovasculares, pulmonares y del sistema nervioso como las enfermedades prevalentes en las PAM (ver tabla 5).



**Tabla 5***Enfermedades médicas de los pacientes geriátricos*

Padecimiento	<i>f</i>	%
Síndromes geriátricos	27	79
Neumonía adquirida en la comunidad	5	10
Delirium mixto	2	3
Evento cerebrovascular mesencefal	2	3
Delirium hipoactivo	2	3
Síndrome anémico	1	2

*Nota.* Frecuencia y porcentaje de las enfermedades que aquejan a la PAM atendidos en el servicio de geriatría perteneciente al HJM. Elaboración propia.

El 65% de las intervenciones psicológicas fueron de primera vez y el 93% se realizaron en hospitalización. El 29% de ellas fueron para las PAM y el 71% a sus familiares y cuidadores (ver tabla 6).

**Tabla 6***Diagnósticos psicológicos de los pacientes geriátricos*

<i>Diagnóstico psicológico</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sin trastorno psicológico aparente	7	17
Síntomas de depresión ante comunicación de malas noticias	5	13
Respuesta de estrés aguda	5	13
Episodio depresivo	3	7
Problemas relacionados con el grupo de apoyo	3	7
Déficit de información que afecta a síndromes geriátricos	3	7
Trastorno del estado de ánimo	2	5
Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad	2	5
Trastorno adaptativo con síntomas de depresión	2	5
Síntomas de ansiedad que afecta a delirium	2	5
Aplazado	2	5
Síntomas mixtos ante comunicación de malas noticias	1	2
Síntomas de depresión que afecta a síndromes geriátricos	1	2
Síntomas de ansiedad que afecta a síndromes geriátricos	1	2
Síntomas de ansiedad ante comunicación de malas noticias	1	2
Trastorno adaptativo con síntomas de depresión	1	2
Trastorno neurocognitivo	1	2

*Nota.* Diagnóstico psicológico de los pacientes geriátricos del HJM atendidos en los meses de enero a marzo del 2020. Elaboración propia.

Las técnicas psicológicas utilizadas durante la primera consulta (ver tabla 7). Para las sesiones subsecuentes se emplearon en la mayoría los casos, estrategias para de estimulación cognitiva (20%), elementos de las técnicas en solución de problemas (15%) y entrenamiento en habilidades sociales (8%).

**Tabla 7**

*Técnicas psicológicas empleadas con los pacientes en la primera consulta*

Técnica psicológica	<i>f</i>	%
Psicoeducación	15	38
Información	8	21
Establecimiento de componentes de relación	4	10
Distracción cognitiva	3	8
Intervención en crisis	3	8
Elementos de la Terapia en solución de problemas	2	5
Elementos de la Terapia Cognitiva	2	5
Distracción instrumental	1	3
Ejercicio en imaginación guiada	1	3

*Nota.* Porcentajes de las técnicas de intervención psicológica utilizadas con los pacientes de geriatría del HJM en la primera consulta. Elaboración propia.

#### *4.5 Otras actividades no programadas*

Se llevaron a cabo reuniones familiares en las cuales participaba el geriatra y los psicólogos, esto con el fin de generar la toma de decisiones informadas acerca del tratamiento médico. También se diseñó un programa psicoeducativo para cuidadores y familiares, dicha actividad se canceló por la pandemia de la COVID-19.

## **5. Modificación de las actividades de la residencia en MC: del trabajo presencial a la modalidad en línea**

Como consecuencia de la emergencia sanitaria por la COVID-19, la dinámica de trabajo adoptó cambios para seguir con los objetivos de enseñanza-aprendizaje de la residencia, dichas variaciones se dividen en tres periodos:

1) marzo – agosto 2020: asistencia *online* a clase de teoría y modelos fueron por la plataforma Zoom®, revisión de trabajos de las materias investigación y evaluación fueron por medio del correo electrónico. La supervisión académica se realizó por OneDrive®, la intervención a pacientes se inhabilitó y las sesiones de tutoría académica aumentaron su frecuencia con el propósito de concretar la propuesta de investigación de acuerdo con las nuevas condiciones de atención *online*.

2) septiembre 2020 - enero 2021: clases online de la materia teorías y modelos fueron por la plataforma Zoom®. La supervisión académica fue los jueves de 8:00 a 11:00 a.m. por Zoom® donde se revisó análisis de casos clínicos y bibliográficas de la Telepsicología. Las tutorías académicas se llevaron a cabo dos días a la semana por medio de la plataforma Zoom® se rediseñó el programa psicoeducativo y se revisaron temas de habilidades para el psicólogo durante la entrevista, la evaluación y la intervención en el ámbito hospitalario.

3) febrero - junio de 2021: en la supervisión académica de los jueves de 8:00 a 11:00 a.m. fue por Zoom® se diseñó una página web complementaria al programa psicoeducativo. La tutoría académica se concentró en la elaboración, redacción y

corrección del reporte de experiencia profesional, protocolo de investigación y materiales para el programa psicoeducativo *online*.

## **6. Competencias profesionales alcanzadas**

De acuerdo con el programa de posgrado, la residencia en MC sede FES Iztacala tiene el propósito de formar a los estudiantes con el perfil de egreso (ver tabla 8) en ella también se indica el grado de dominio de la competencia percibida por la que suscribe.

**Tabla 8***Percepción de las competencias alcanzadas en el programa de residencia*

Competencias	Percepción del nivel de aprendizaje			
	Baja	Medio baja	Medio alta	Alta
1. Evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de la salud.			X	
2. Generar y adaptar instrumentos y técnicas de medición y escrutinio en el área.	X			
3. Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para su intervención profesional, fundamentando sus elecciones.			X	
4. Evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área de la salud.	X			
5. Refinar su intervención con base en los resultados de la evaluación, de manera que responda adecuadamente a las necesidades del cliente y de la sociedad.			X	
6. Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud.		X		
7. Trabajar en equipo multidisciplinario.			X	
8. Seleccionar, manejar, evaluar y aplicar las diferentes técnicas, procedimientos y herramientas necesarios para realizar el diagnóstico preciso y adecuado del problema de interés.			X	
9. Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional.				X
10. Integrar los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la práctica profesional en el área de la salud.			X	
11. Manejar los diferentes enfoques metodológicos y estadísticos que se emplean en la práctica profesional.	X			
12. Identificar, manejar y construir las categorías que le permitan conceptualizar el problema a partir del conocimiento científico existente.			X	
13. Manejar, evaluar y aplicar las estrategias del trabajo multidisciplinario.		X		
14. Manejar las herramientas informáticas.			X	

*Nota.* Autoevaluación de las competencias alcanzadas al finalizar la residencia en MC. Adaptado de "Perfil Egreso Medicina Conductual (Iztacala)" por UNAM, 2013, *Programa de Maestría y Doctorado* <http://psicologia.posgrado.unam.mx/perfil-egreso-medicina-conductual-iztacala/>

La puntuación del alcance de objetivos se seleccionó de acuerdo con la percepción individual considerando el tiempo de estancia en el hospital y la interrupción de clases presenciales. No obstante, hay otras habilidades que se aprendieron como resultado de los cambios por la pandemia, como el trabajo de software de diseño de imágenes,

presentaciones, animaciones, creación de formularios y página web. Los medios de comunicación también obligaron a adaptar recursos para transmitir mensajes lo más audible y legible posible, la traslación del trabajo por medio de telecomunicaciones fue un estímulo para adquirir la destreza de acoplarse a ellos. Finalmente, queda como objetivo individual el afinamiento de aquellos conocimientos y competencias de intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual, la investigación en contextos de salud, los principios y aplicación tanto de la psicometría como la estadística, la formación continua de habilidades interpersonales en el ámbito personal y profesional.

## **7. Evaluación final de la residencia**

Este apartado reseña las valoraciones referentes a diferentes actividades realizadas durante la estancia estudiantil en la maestría:

- a) *Servicio asignado*. Había un adecuado establecimiento de trabajo y apertura para solicitar revisiones y asesoramiento por parte de los médicos y el R2. La impresión del servicio se resume en un trabajo organizado y claro para los integrantes del equipo médico y los estudiantes de la residencia en MC.
- b) *Actividades diarias*. En el hospital los estudiantes tenían una dinámica de trabajo estructurada, sin embargo, las actividades se traslapaban, lo que resultó en la inasistencia a ciertas clases médicas.
- c) *Actividades académicas*. Se adquirió la habilidad de elegir el procedimiento de tamizaje, selección de técnicas, implementación, seguimiento de evaluación y reporte de resultados. De manera individual, un área de oportunidad se enfoca en

la administración de tiempos porque durante los tres meses en el HJM no se logró concretar un plan de intervención específico para la presentación de caso clínico. En semestres subsecuentes se aprendieron generalidades de la Telepsicología y elaboración de materiales de psicoeducación.

- d) *Protocolo de investigación.* El proyecto de investigación pasó por diversos cambios, los ajustes dieron como resultado el protocolo: estrés en cuidadores de PAM con DCL dicha propuesta se presentó en modalidad cartel en el XIV Congreso del posgrado de la UNAM organizado por la FES Zaragoza.
- e) *Sistema de supervisión in situ y académica.* En el transcurso de la residencia, la supervisión *in situ* y académica, principalmente está última, participaron en la orientación a los casos clínicos, clases, protocolo y en la producción de materiales informativos o de psicoeducación. Igualmente, las profesoras mostraron disposición para dar solución a la organización de las actividades y dificultades que llegaron a manifestarse durante su ejecución.

## **8. Conclusiones y sugerencias**

La apreciación del aprendizaje en el contexto hospitalario se centra en la incorporación de nuevos conocimientos de la MC y el área de geriatría, específicamente, se logró la observación de la interrelación entre las dimensiones biológicas, sociales y psicológicas en la PAM, así como, el impacto que tienen en su salud, su enfermedad, sus familiares y/o sus cuidadores.

Además, la guía tanto de los médicos, como de los profesores de la residencia dieron como resultado el desarrollo de competencias de evaluación, elaboración de rutas



psicológicas de intervención desde el enfoque conductual y cognitivo para su aplicación a los pacientes geriátricos y sus cuidadores.

Las condiciones sociales de salud ocasionados por la pandemia resultaron un desafío para académicos y estudiantes los cambios que trajo consigo fueron la inclusión de los principios teóricos de la Telepsicología para adecuar el protocolo de investigación a modalidad en línea.

Por último, las sugerencias recaen en adecuar un programa de Telepsicología dirigido a los grupos de poblaciones específicas con enfermedades crónicas degenerativas, con el propósito de sustituir las actividades hospitalarias. En tanto, el trabajo en el hospital sería idóneo que en las actividades de productividad se emplee adecuadamente el término de síndrome geriátrico, ya que, no es la acumulación de enfermedades crónicas y al utilizarlo como tal sesga el análisis de padecimientos que presentan las PAM, asimismo, se sugiere adecuar los horarios para seguir con las clases médicas que proporcionan a los alumnos los cimientos para el entendimiento del paciente, la evaluación y la dirección de la intervención.

---

**SEGUNDA PARTE. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO ONLINE PARA EL  
ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON DETERIORO  
COGNITIVO LEVE**

---

**Resumen**

El deterioro cognitivo leve (DCL) es uno de los principales problemas reportados por las personas adultas mayores (PAM). Este padecimiento requiere el cuidado de otros familiares, pues el paciente se ve impedido en diferentes actividades de su vida diaria. Uno de los principales problemas de los Cuidadores Primarios Informales (CPI) de los pacientes con DCL es el estrés que puede percibir como resultado de su labor, representando así un riesgo para su salud física y mental. El objetivo de esta investigación fue evaluar el efecto de un programa psicoeducativo *online* sincrónico y asincrónico sobre los niveles de estrés de los CPI de PAM con DCL. Se realizó un estudio preexperimental de un grupo. La muestra final fue de 16 mujeres mexicanas CPI de una PAM con DCL, los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento se evaluaron al inicio y final del programa psicoeducativo. Los datos fueron analizados con el estadístico de rangos de Wilcoxon, el cambio clínico objetivo y el tamaño del efecto con la prueba *r* de Rosenthal. Los resultados indicaron disminución en los niveles de estrés con una significancia limítrofe  $z=1.89$ ,  $p=.05$ . La prueba de cambio clínico objetivo indicó cambios significativamente negativos en el 12% de las participantes, asimismo, se encontró aumento en los recursos de afrontamiento de reevaluación positiva, apoyo profesional, autocontrol y apoyo social. A manera de conclusión se infiere que el tiempo de cuidado, el diagnóstico y otras variables sociodemográficas fueron elementos moduladores que interfirieron en los resultados.

Palabras clave: *asistencia, afrontamiento al estrés, personas adultas mayores, demencias, medicina conductual.*

## INTRODUCCIÓN

La MC en el estudio de pacientes geriátricos con enfermedades demenciales y deterioro cognitivo se ha enfocado en proporcionar recursos de afrontamiento a los CPI. En la mayoría de los casos los CPI son propensos a desarrollar estrés, ansiedad y/o depresión (Domingues et al., 2018; Garand et al., 2013; Haverstock et al., 2019; Musich et al., 2016; Sheung-Tak & Haley, 2020; Tang et al., 2015; Verreault et al., 2020). Los organismos de salud a nivel internacional y nacional mencionan la relevancia de preservar el bienestar del cuidador para evitar el desequilibrio de su salud integral, así como, el de la persona cuidada (Cahill, 2019; INGER, 2019).

Retomando los fundamentos teóricos y metodológicos de la MC en el campo de la geriatría, se realizó este estudio con la premisa de proporcionar habilidades de afrontamiento en el ejercicio del cuidado, ya que esta población es susceptible de sufrir emocionalmente producto de su labor. El objetivo general de este proyecto consistió en evaluar el efecto de un programa psicoeducativo *online* sobre los niveles de estrés de los CPI de PAM con DCL.

En apartados subsecuentes se presenta la fundamentación teórica, donde se describen las características de las PAM que viven con DCL. Las características del CPI. El estrés en cuidadores desde los modelos Lazarus y Folkman (1984) y Pearlin (1990). Las evidencias científicas de intervenciones presenciales y a distancia en CPI con estrés y los resultados encontrados en esta investigación.

## 1. Marco teórico

### ***1.1 Deterioro Cognitivo Leve en Personas Adultas Mayores***

El DCL se define como un estadio intermedio entre el deterioro cognitivo propio del envejecimiento y una demencia, se caracteriza por la alteración de uno o más dominios cognitivos como memoria, atención, lenguaje, juicio, orientación y coordinación visión espacial, tiene implicaciones psicológicas como ansiedad, depresión y cambios emocionales (tristeza e irritabilidad). Además, se presentan afectaciones de funcionalidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, por ejemplo, dificultad para desplazarse de un lugar a otro, mantener el equilibrio, disminución del rendimiento en labores domésticas complejas como lavar la ropa o hacer cuentas (Domínguez-Chávez et al., 2018; Orozco, 2011; Petersen, 2016; Regan et al., 2013; Vega & Newhouse, 2014).

A nivel mundial el 6.6% de las PAM muere a consecuencia de enfermedades psicogeriatricas y sus complicaciones adyacentes. Particularmente, el DCL afecta al 20% de dicha población (Cahill, 2019; INGER, 2019; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente [INPRF], 2018; SSA, 2014).

Las estadísticas fluctúan de nación a nación, en América Latina reportan el 17.5% de las PAM con padecimientos demenciales incluyendo el DCL (Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores, 2018). En el caso de México el 7.9% de este grupo etario presenta algún tipo de demencia y 7.3% tienen

deterioro cognitivo (INGER, 2019). En concordancia con esas cifras el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) indicó una incidencia de 6.45 % (ENASEM, 2020), este padecimiento afecta la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familiares y cuidadores.

Domínguez-Chávez et al. (2018); Han et al. (2019); Izal y Montorio (2006) Jiménez y González, (2017); Medina y Rodríguez (2011); Petersen (2016); Regan y Varanelli (2013) y Vega y Newhouse (2014) mencionan que los determinantes biológicos, psicológicos y sociales como enfermedades crónico-degenerativas, el consumo de sustancias, los trastornos de ansiedad, de depresión, el aislamiento y la soledad vulneran el estado cognitivo de las PAM y el riesgo a presentar DCL.

La manifestación de síntomas conlleva la clasificación del DCL en cuatro tipos (Orozco, 2011; Petersen, 2016; Vega & Newhouse, 2014):

- a) *Amnésico de un dominio*: se caracteriza por el decremento único de la memoria sin llegar a un estadio de demencia, no obstante, su progresión tiende a evolucionar a Alzheimer.
- b) *Amnésico de múltiples dominios*: además del decremento de la memoria los pacientes manifiestan ligeras complicaciones en otras funciones cognitivas como el lenguaje, el pensamiento, la conciencia y el juicio.
- c) *No amnésico de un dominio*: a diferencia de las clasificaciones anteriores, la memoria no tiene complicaciones, pero sí existe alteración de otro dominio cognitivo.

d) *No amnésico de múltiples dominios*: quienes presentan este tipo de DCL externalizan dificultades en diversas funciones cognitivas que repercute en la interacción con su entorno para relacionarse y ejecutar sus actividades cotidianas.

La atención de la PAM con DCL se conforma de por tratamientos farmacológicos (administración de medicamentos) y no farmacológicos (terapias conductuales y cognitivas; Orozco, 2011; Petersen, 2016; Vega. & Newhouse, 2014).

En la mayoría de las situaciones los pacientes requieren al menos la atención del geriatra y el cuidado de sus familiares, en otros casos son derivados a especialistas como el psicólogo, el psicogeriatra y el neuropsicólogo (Family Caregiver Alliance National Center, 2004). Incluir a los cuidadores en el tratamiento de los pacientes con DCL es de gran relevancia, ya que, son su primera y principal red de apoyo para adherirse al tratamiento.

Los beneficios del cuidado adecuado para la PAM son múltiples, dentro del mismo proceso pueden surgir acontecimientos que inciden en la estabilidad del cuidador (Family Caregiver Alliance National Center, 2004).

## ***1.2 Ejercer el cuidado: conceptualización y visión social***

Cuando una persona enferma requiere de ciertos tratamientos y atenciones que le permitirán su recuperación, sin embargo, al tratarse de una enfermedad crónica estas atenciones se prolongan a lo largo de la vida y en algunas situaciones requerirán la ayuda de otra persona que le proporcione determinada asistencia que por sí solo el paciente no puede hacer (Haverstock et al., 2019; Musich et al., 2016; Sheung-Tak & Haley, 2020; Tang et al., 2015; Verreault et al., 2020).

El cuidador es aquella persona que provee ayuda y atenciones a un paciente geriátrico que presenta dificultades para hacer sus actividades básicas y/o instrumentales cotidianas a causa de una limitación biológico, física, cognitiva y/o emocional (Fernández-Ballesteros, 2014; Haverstock et al., 2019; Musich et al., 2016).

Los tipos de cuidadores se clasifican en cuidador primario formal (CPF) y el CPI. El CPF es aquel profesional capacitado para realizar las actividades asistenciales y como parte de su trabajo recibe remuneración económica. Igual que la primera clasificación, el CPI proporciona ayuda a la PAM sin recibir tanto una formación especializada como un pago (Alpuche, 2007; Haverstock et al., 2019; Fernández-Ballesteros, 2014; Musich et al., 2016).

El rol del CPI de la PAM inicia de diversas maneras como parte del envejecimiento normal o por una enfermedad aguda que requiera hospitalización la cual suele desencadenar dependencia y pérdida de reserva funcional o por padecimientos crónico-degenerativos como el DCL (Izal & Montorio, 2006). En México se reporta que del total de la población geriátrica dependiente el 70% tiene una dependencia leve y solo el 24% tiene cuidador, a su vez, del 30% de pacientes con dependencia grave tan solo el 79% cuenta con cuidador (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, [INAPAM], 2020).

El papel del CPI es ejercido muy a menudo por un familiar, generalmente es una mujer (esposa, hija, hermana o nuera) que comparte el hogar con el paciente, de edad entre los 53 - 75 años, casada, su principal actividad es el hogar y con niveles básicos de educación (Alpuche, 2007; Fernández-Ballesteros, 2014).

### **1.3 Estrés en los Cuidadores Primarios Informales de Personas Adultas Mayores con Deterioro Cognitivo Leve**

Lazarus y Folkman (1984) propusieron que el estrés fuera comprendido como un fenómeno dinámico e integrador de variables cognitivas y ambientales, por lo tanto, lo definieron como el resultado de la valoración del sujeto a su entorno mismo que puede evaluar amenazante o desbordante de sus recursos de afrontamiento, por tanto, pone en peligro su bienestar. Estos autores señalaron una transacción dinámica entre el individuo y su contexto donde involucra las diferencias individuales respecto a la reacción e interpretación de los acontecimientos, para ello, requiere evaluar aquellos procesos cognitivos que están mediando el estímulo, la reacción y los factores que afectan la naturaleza de la mediación (afrontamiento).

El concepto de afrontamiento (*coping*) tiene su origen en la teoría evolutiva de Darwin que sustenta la supervivencia de los organismos gracias a las habilidades que tienen para evitar, escapar o enfrentarse a los medios nocivos del entorno. De acuerdo con el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) se entiende por afrontamiento tanto a las estrategias como a los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para gestionar las demandas externas y/o internas que se valoran superiores a los recursos de la persona (González & Landero, 2007).

A su vez, existen dos tipos de afrontamiento. 1) Afrontamiento dirigido a la emoción, en donde entran en juego múltiples estrategias para la disminución del malestar emocional, e incluye estrategias como evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y la extracción de elementos positivos a los acontecimientos negativos. 2) Afrontamiento dirigido al problema, el cual se centra en la



búsqueda, elección y aplicación de soluciones (Anguiano, 2013; González & Landero, 2007; Lazarus & Folkman, 1984).

Posteriormente Pearlin (1990), retomó los principios del modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1989), para explicar el estrés como proceso en los CPI de pacientes geriátricos con padecimientos como el DCL que suelen manifestar cierto grado de dependencia (Izal & Montorio, 2006; Pearlin et al., 1990). Los componentes del modelo de estrés de CPI de PAM dependientes (ver figura 3) se conforma de cuatro variables:

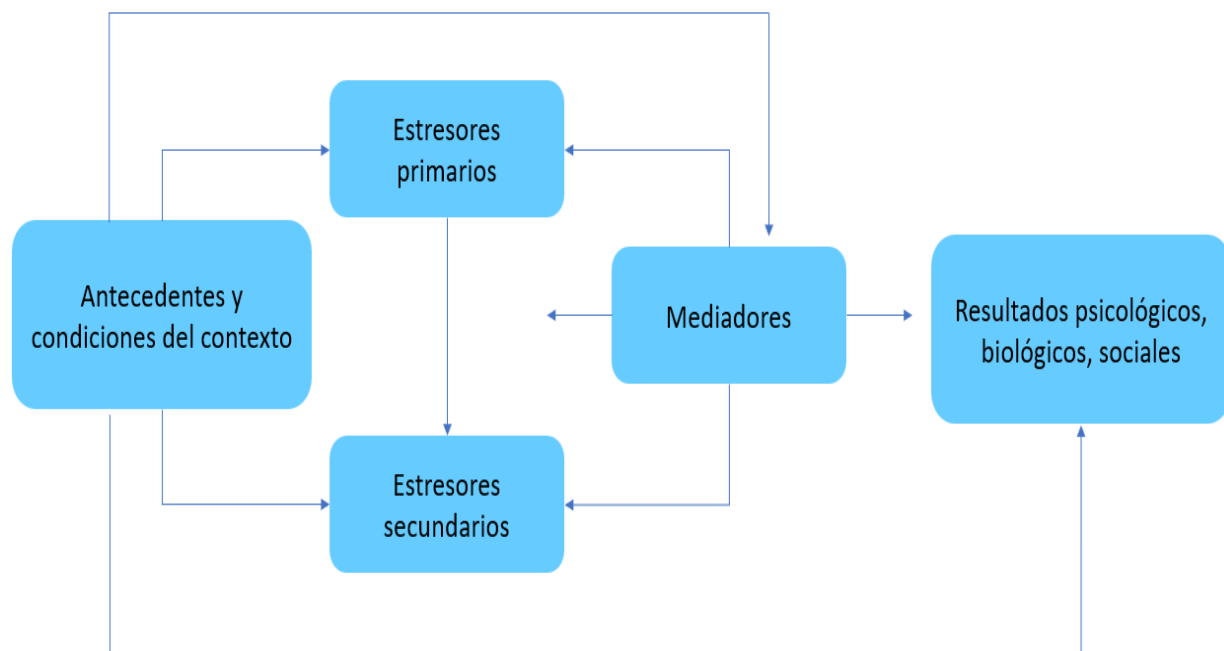
- *Antecedentes y condiciones del contexto.* Son las características sociodemográficas y de salud tanto del cuidado como de la persona cuidada, la relación entre ambos y las propiedades de la red social-familiar del CPI.
- *Los estresores* se clasifican en dos categorías: los estresores primarios y los estresores secundarios. La primera clasificación son las actividades asistenciales y la valoración del CPI. La segunda categorización son las repercusiones que se derivan de su rol, por ejemplo, conflictos familiares. Este elemento del modelo hace referencia a las situaciones que el CPI percibe estresantes ante las cuales no considera o no tiene los recursos para afrontarlas de una forma adaptativa sin que le genere daño alguno.
- *Las variables moduladoras* son los esfuerzos y recursos del CPI que puede modificar el curso del estrés, es decir, son los recursos de afrontamiento que emplea en los momentos percibidos como estresantes.
- *Los resultados causados por el cuidado* afectan el funcionamiento en tres niveles, psicológico, físico y social, no obstante, dichas implicaciones no son el producto

directo de la presencia de situaciones percibidas como estresantes, sino, como un proceso interactivo.

El planteamiento de Pearlin (1990) señala que el estrés en los CPI dependerá de la adaptación, la valoración y el afrontamiento de éste a la nueva situación de la PAM. La adaptación del modelo también se ha trasladado como eje fundamental para diseñar intervenciones adecuadas y efectivas para mitigar la propagación de estresores y/o modificar el contexto del cuidado (Izal & Montorio, 2006).

### Figura 3

*Modelo de estrés de cuidadores de adultos mayores dependientes*



*Nota.* Modelo de estrés en cuidadores. Adaptado de “Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures” por Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S. y Skaff, M. (1990). *The Gerontological Society of America*, 30(5), p. 586. Recuperado de <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/30/5/583/564941>)

El planteamiento de Pearlin (1990) sugiere que el estrés en los CPI dependerá de la adaptación, la valoración y el afrontamiento de éste a la nueva situación de la PAM. La adaptación del modelo también se ha trasladado como eje fundamental para diseñar intervenciones adecuadas y efectivas para mitigar la propagación de estresores y/o modificar el contexto del cuidado (Izal & Montorio, 2006).

Ser CPI de una PAM requiere de recursos emocionales, instrumentales, económicos y de organización de tiempo que al no cubrirse puede llegar a generar desgaste físico, síntomas de depresión, ansiedad, sobrecarga y estrés (se estima que entre el 30% y el 40% de cuidadores llegan a manifestar estrés). De manera similar, existen otros acontecimientos como la falta de apoyo de un tercero, la desinformación para realizar las tareas de cuidado, la saturación de actividades en diferentes áreas de su vida, la falta de descansos y el tiempo prolongado de asistencia que son valoradas como fuente de tensión para el cuidador (Alpuche, 2007; Izal & Montorio, 2006; Fernández-Ballesteros, 2014; Haverstock et al., 2019; Musich et al., 2016; Rodríguez, 2017; Sheung-Tak & Haley, 2020; Verreault et al., 2020).

#### ***1.4 Estrategias de evaluación e intervención del estrés en los Cuidadores Primarios Informales de Personas Adultas Mayores con Deterioro Cognitivo Leve***

Desde el modelo cognitivo conductual el estrés en CPI puede ser evaluado con diferentes técnicas como entrevistas, instrumentos estandarizados, registros de autoinforme y medidas psicofisiológicas.

- a) Entrevista conductual estructurada: tiene el objetivo de indagar las características individuales y sociodemográficas de los CPI misma que puede ser diseñada por el investigador o se puede retomar entrevistas estandarizadas (Izal & Montorio, 2006).
- b) Instrumentos estandarizados: pretenden cuantificar la variable estrés y sus componentes cuando estos no pueden ser observados directamente por el investigador (Izal & Montorio, 2006).
- c) Registros de autoinforme: son reportes verbales acerca de las manifestaciones conductuales del propio individuo en términos de conductas motoras, fisiológica, cognitivas ante ciertos estímulos, también pueden reportarse las consecuencias que mantienen la conducta y la historia de reforzamiento (Fernández-Ballesteros, 2014).
- d) Mediciones psicofisiológicas: son aquellas que establecen la presencia de estrés a partir de muestras fisiológicas como el conteo de cortisol en saliva, actividad cardiovascular y electrodérmica (Padden et al., 2018).

La evaluación es un elemento indispensable para diseñar programas acordes a las necesidades de los CPI, además se emplea para determinar el cambio y efecto que tienen dichos programas.

Las técnicas de intervención cognitivo-conductual que se han documentado idóneas para el trabajo en personas CPI de PAM con DCL y demencia (ver tabla 9).

**Tabla 9***Áreas de intervención y las principales técnicas a utilizar*

Área de Intervención	Técnicas
Habilidades de comunicación con el familiar	<ul style="list-style-type: none"><li>- Modelado</li><li>- Role - Playing</li></ul>
Habilidades de comunicación con otros familiares o profesionales (por ejemplo, para pedir ayuda)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Modelado</li><li>- Role - Playing</li></ul>
Entrenamiento en relajación	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relajación a través de la imaginación</li><li>- Relajación a través de la respiración</li><li>- Uso de ayudas (audios, videos)</li></ul>
Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Entrenamiento en habilidades de solución de problemas</li></ul>
Modificación de pensamientos disfuncionales	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reestructuración cognitiva</li><li>- Ejercicios de distinción entre situación, pensamiento y emoción</li><li>- Técnica de las cinco columnas</li></ul>
Realización de actividades placenteras	<ul style="list-style-type: none"><li>- Registros del estado de ánimo y de las actividades realizadas</li><li>- Planificación del tiempo</li></ul>
Control de ira	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relajación</li><li>- Reestructuración cognitiva</li></ul>
Reducción de comportamientos problemáticos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Técnica ABC</li><li>- Extinción</li><li>- Distracción</li><li>- Control de estímulos</li><li>- Habilidades de comunicación</li></ul>
Promoción de autonomía	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reforzamiento diferencial de otras conductas</li><li>- Habilidades de comunicación</li><li>- Sucesión de la ayuda</li><li>- Simplificación de las tareas y conductas</li><li>- Aproximaciones sucesivas</li><li>- Eliminación de barreras arquitectónicas</li><li>- Ayudas protésicas</li></ul>

*Nota.* Técnicas psicológicas desde la TCC. Adaptado de "Psicología de la vejez" por R. Fernández-

Ballesteros, 2014, España: Ediciones Pirámide p.269

Por la estructura de las intervenciones cognitivo-conductuales se ha logrado exitosamente su adaptación a la modalidad de Telepsicología, misma que se define como el trabajo psicológico por medio de dispositivos digitales de comunicación como internet, computadoras, celulares, teléfono, entre otros (APA, 2013).

En el campo de la psicología y salud los trabajos *online* más reportados son de pacientes con enfermedades cardiacas, dolor, diabetes y cáncer, principalmente, en comorbilidad con depresión y ansiedad (Davies et al., 2020; Kumar et al., 2017). Se considera benéfico el uso de esta modalidad de trabajo para la población de CPI con estrés, debido a que los participantes administran sus tiempos de conexión en consideración a sus labores cotidianas, de esta forma, se esperaría que la intervención no represente un factor que incide en el estrés del usuario, referente a ello el trabajo de Grossman et al. (2018) hicieron una revisión de aplicaciones móviles dedicada a CPI de pacientes con demencia, entre los resultados identificó que su función es de apoyo y no puede suplantar un trabajo terapéutico.

### ***1.5 Intervenciones psicoeducativas con enfoque cognitivo conductual: análisis de la evidencia de su eficacia***

Como se ha dicho antes, las intervenciones diseñadas desde esta perspectiva han resultado eficaces para el tratamiento de diferentes problemáticas (Alavi, & Omrani, 2019). En la población CPI de PAM las ventajas de este tipo de programas online, son el ahorro de los tiempos de traslados, ingresar a los cursos desde su hogar, la autoadministración del tiempo y actividades dedicadas a la intervención, mantener cercanía con la PAM para su cuidado, por otra parte, las desventajas son las pocas

habilidades digitales, la falta de privacidad al estar en el hogar y la incomodidad percibida por las TIC (Ploeg et al., 2018). A continuación, se describen algunas de las investigaciones realizadas a CPI de PAM con DCL o algún otro trastorno psiconeurológico (ver tabla 10).

**Tabla 10**

*Programas Cognitivo-Conductuales en cuidadores de PAM con DCL*

Autor y año	Título	Objetivo	Elementos de intervención	Modalidad de intervención	Resultados	Conclusión
Domingues, et al., 2018.	Reducing Burden for Caregivers of Older Adults With Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review	Evaluar la eficacia de las intervenciones no farmacológicas para la reducción del estrés, síntomas psicológicos y mejorar la calidad de vida de CPI de personas que viven con DCL.	-Control de estímulos (uso de calendario y toma de notas). -Psicoeducación -Estimulación Cognitiva -Entrenamiento en solución de problemas	Presencial	Se incluyeron tres estudios, con un total de 233 CPI. Las intervenciones basadas en el control de estímulos, y en el entrenamiento en solución de problemas tuvieron impacto; (d = 0,75) y a los 6 meses (d = 1,03) p = 0,06 en la disminución de los síntomas depresivos de los CPI, no obstante, los cambios no fueron significativos.	A pesar de indicar resultados favorables, los autores sugieren se agreguen intervenciones a las situaciones objetivas que generan sobrecarga, depresión y estrés, así como utilizar evaluaciones congruentes al constructo teórico.
Garand et al., 2013.	Effects of Problem-Solving Therapy on Mental Health Outcomes in Family Caregivers of Persons with a New Diagnosis of Mild Cognitive Impairment or	Evaluar el efecto de la terapia en solución de problemas en la salud mental de CPI de personas con recién diagnóstico de DCL.	-Terapia en solución de problemas	Presencial	Se incluyeron 73 participantes, 44 con recién diagnóstico de deterioro cognitivo y 30 CPI. Los resultados sugieren que el entrenamiento en solución de problemas tiene efectos protectores para depresión F=10.750 p= 0.002 y ansiedad F=8.86 p=.004	Indican que la terapia en solución de problemas aplicada en los primeros meses después del diagnóstico favorece a que los CPI reduzcan síntomas de ansiedad y depresión que puede propiciar la percepción del cuidado.



	Early Dementia: A Randomized Controlled Trial				en CPI de personas con DCL y demencia.	
Garand et al., 2018.	Problem-solving therapy reduces subjective burden levels in caregivers of family members with mild cognitive impairment or early-stage dementia: Secondary analysis of a randomized clinical trial	Evaluar el efecto de la terapia en solución de problemas en la reducción de estrés de CPI de personas recién diagnosticadas con DCL.	-Terapia solución de problemas	en Presencial y de telefónico.	Se incluyeron 73 participantes, (36 en grupo experimental y 37 en grupo control). En comparación con el grupo control, el grupo que recibió la terapia en solución de problemas mantuvo niveles bajos de estrés percibido, de angustia a las conductas relacionadas con la demencia y de sobrecarga a lo largo del tiempo (1 año).	La terapia de solución de problemas no influyó significativamente en los síntomas de sobrecarga.
Ploeg et al., 2018.	A Web-Based Intervention to Help Caregivers of Older Adults With Dementia and Multiple Chronic Conditions: Qualitative Study	Describir los beneficios de la plataforma My Tools 4 Care (MT4C) en CPI de personas con demencia.	Psicoeducación	Online	Se incluyeron 56 CPI, en el estudio. A través de entrevistas semiestructuradas los participantes reportan que la plataforma alentó la reflexión y el intercambio de experiencias de cuidado y proporcionó una fuente de información y educación.	La intervención a distancia fue de apoyo a los CPI que buscaban información respecto a su situación, el contacto con otros CPI ayudó entablar redes de apoyo, sin embargo, no todos los participantes sintieron comodidad por la modalidad de intervención y/o

---

consideraron  
insuficiente la  
psicoeducación.

Verreault et al., 2020.	Efficacy of cognitive- behavioral therapy interventions on reducing burden for caregivers of older adults with a neurocognitive disorder: a systematic review and meta- analysis.	of Revisar metaanálisis de TCC en CPI con depresión, estrés y ansiedad de adultos mayores con algún tipo de demencia.	Intervenciones para el estrés: - Psicoeducación - Resolución de problemas - Desarrollo de habilidades -Relajación o atención plena -Autocuidado del CPI.	Presencial	Las intervenciones para el estrés se incluyó un estudio con 64 participantes. Los análisis del tamaño del efecto señalan $g = -0,035$ , $Z =$ $-0,295$ , $p = .768$ , IC del 95% = $-0,295$ ; $0.200$ $Q = 0.287$ , $p = .866$ e $I^2 =$ $0\%$ , Por lo tanto, no se identifican diferencias de cambio significativas.	Se recomienda intervenir en los síntomas de depresión, estrés y ansiedad en los CPI e identificar el modelo y técnicas terapéuticas idóneas a las peculiaridades de la población.
----------------------------	---	--	---	------------	--	--

---

## 2. MÉTODO

### 3. Planteamiento del problema

La población mexicana experimenta una transformación, con el paso de las décadas el porcentaje de PAM crece debido al aumento de la esperanza de vida y la reducción del índice de natalidad. De esta manera, el envejecimiento será un proceso cada vez más frecuente y con ello la presencia de enfermedades psicogerítricas como el DCL (Domínguez-Chávez et al., 2018; Gutiérrez & Lezama, 2013; Han et al., 2019; Regan & Varanelli, 2013; SSA, 2014; Petersen, 2016; Vega & Newhouse, 2014).

El impacto biológico, funcional, psicológico y social de esta afectación en la PAM hacen necesario el apoyo de un cuidador que proporcione determinadas actividades asistenciales que la PAM ya no puede realizar por sí sola. El rol de CPI generalmente es por parte de un familiar que en la mayoría de los casos no recibe capacitación, apoyo, ni remuneración económica, además, el cuidado por periodos prolongados, las labores de asistencia sumadas a su rutina y los problemas que se desprenden del cuidado, comienzan a ser valorados como situaciones estresantes ante las cuales no posee los recursos necesarios para hacerle frente de forma eficaz (Haverstock et al., 2019; Musich et al., 2016; Sheung-Tak & Haley, 2020; Tang et al., 2015; Verreault et al., 2020).

Las consecuencias del estrés traerán situaciones adversas para el CPI y la PAM. Al respecto, las intervenciones cognitivo-conductual han demostrado disminuir los niveles de estrés (Domingues, et al., 2018; Garand et al., 2013; Garand et al., 2019; Ploeg et al., 2018). Respecto a las intervenciones de modalidad *online* su eficacia es similar a la terapia presencial (Alavi, & Omrani, 2019; APA, 2013) y este tipo de tratamientos han aumentado debido a la pandemia por COVID-19 (INAPAM, 2020).

Desde este postulado el presente estudio se dirige a responder la pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de un programa psicoeducativo online con enfoque cognitivo conductual para disminuir los niveles de estrés de los CPI de PAM con DCL?

#### **4. Justificación**

Realizar la presente investigación aplicada en CPI de PAM con DCL contribuiría a identificar la efectividad un programa psicoeducativo con enfoque cognitivo-conductual empleado en esta población y agregar los resultados al cúmulo de datos ya existentes que guíen futuros trabajos en MC, psicología de la salud y geriatría. A nivel social se esperaría responder a las propuestas de la Secretaría de Salud en México y la OMS acerca de continuar generando líneas de prevención de segundo nivel en cuidadores de pacientes geriátricos con demencias situación que se han establecido como problema de salud mental pública a nivel nacional y mundial.

Además, se esperaría que la psicoeducación de técnicas para afrontar el estrés y estrategias para el cuidado de la PAM favorezca a los CPI a disminuir su estrés. Por último, se aportará información acerca de los programas psicoeducativos *online* en esta población, aunque el campo de estudio de Telepsicología ha iniciado con anterioridad y tiene un amplio número de estudios, autores como Anderson (2016), Bubolz et al. (2020), Davies et al. (2020), Kumar et al. (2017) proponen continuar realizando investigaciones *online* en distintas poblaciones y enfermedades diferentes al cáncer, patologías cardíacas y aquellas asociadas a condiciones de dolor.

## 5. Objetivos de investigación

Objetivo general: Evaluar el efecto de un programa psicoeducativo con enfoque cognitivo conductual *online* para disminuir los niveles de estrés de CPI de PAM con DCL.

Objetivos específicos:

Identificar los niveles de estrés y estrategias de afrontamiento del CPI la PAM con DCL.

1. Identificar los eventos percibidos como estresantes en los CPI.
2. Identificar las estrategias de afrontamiento de los CPI.
3. Identificar las diferencias en los niveles de estrés percibido antes y después del programa psicoeducativo.
4. Identificar el tamaño del efecto de encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

## 6. Hipótesis

Hi=Los niveles de estrés en los CPI de PAM con DCL cambiarán significativamente al finalizar el programa psicoeducativo

Ho= Los niveles de estrés en los CPI de PAM con DCL no cambiarán significativamente al finalizar el programa psicoeducativo de enfoque cognitivo conductual.

## 7. Diseño

Preexperimental de un grupo pre-posttest, en este tipo de estudios tiene un mínimo control en la selección de la muestra y en la manipulación de las variables, los resultados no permiten establecer causalidad entre las variables de estudio, además, se caracteriza por

poseer un grupo que recibe una evaluación previa y posterior al tratamiento (Kerlinger & Lee, 2002).

G: O<sup>1</sup>- X<sup>1</sup>- O<sup>2</sup>-

X<sup>1</sup>= intervención

O<sup>1</sup>=medición al inicio de la intervención

O<sup>2</sup>=medición al finalizar la intervención

## **8. Muestreo**

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de CPI de una PAM con diagnóstico de DCL. Para la constitución de la muestra se establecieron los siguientes criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

### **8.1 Criterios de inclusión**

1. Ser CPI de una PAM diagnosticada con DCL.
2. Mayores de 18 años.
3. Población mexicana.
4. Población mexicana.
5. Que acepten a participar en el programa psicoeducativo y la investigación.

### **8.2 Criterios de exclusión**

1. Cuidadores secundarios.
2. CPI de PAM sin el diagnóstico de DCL

### 8.3 Criterios de eliminación

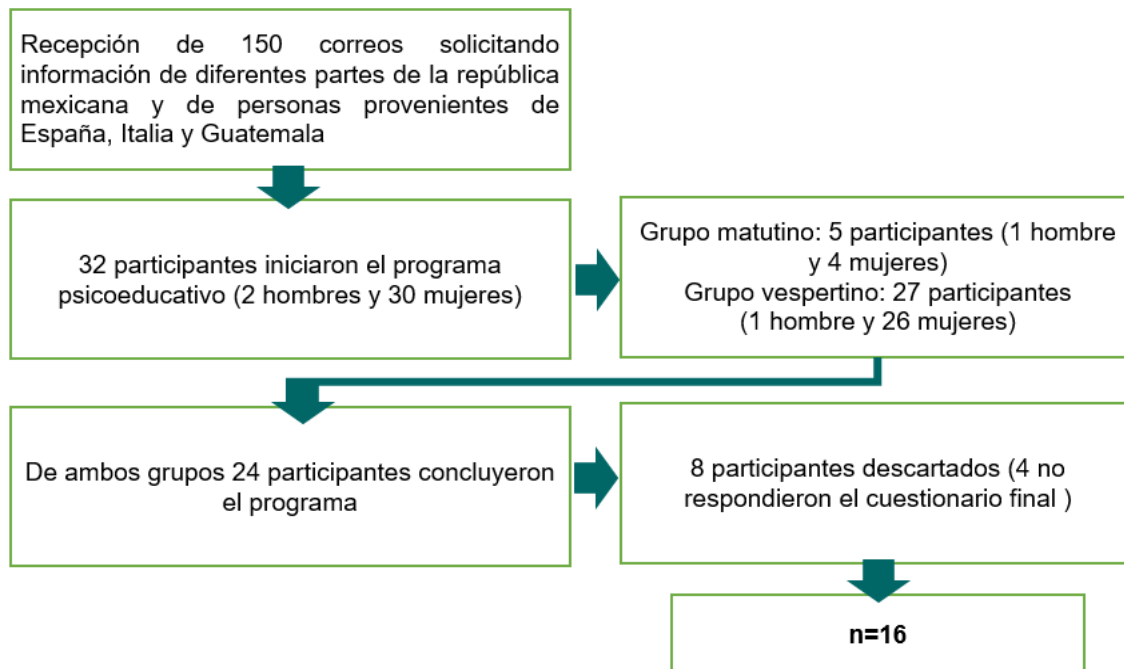
1. CPI que abandonen el programa psicoeducativo en cualquiera de sus fases o no cubran el 80% de asistencia.
2. CPI que sean diagnosticados con alguna enfermedad física o mental que interfiera con el objetivo programa psicoeducativo.
3. CPI que no realicen la evaluación final.

### 9. Participantes

Se inició el programa psicoeducativo con 59 participantes de diferentes partes de la república mexicana, se presenta la distribución de estos (ver figura 5).

#### Figura 5

*Diagrama de los participantes del programa psicoeducativo*



Las 16 mujeres CPI presentaron un intervalo de edad de 33 a 61 años ( $\bar{x}= 51$ ) de diversas procedencias de la república mexicana (ver tabla 5).

**Tabla 5**

*Características sociodemográficas de las CPI*

<i>Dato sociodemográfico</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
Estado civil	Soltera	3	19
	Casada	8	50
	Unión libre	1	6
	Divorciada	3	19
	Viuda	1	6
Estado de residencia	Ciudad de México	8	50
	Estado de México	3	19
	Jalisco	2	12
	Guanajuato	1	6
	Puebla	1	6
	Quintana Roo	1	6
		1	
Escolaridad concluida	Primaria	1	6
	Técnico/preparatoria	4	25
	Universidad	9	56
	Posgrado	2	12
Ocupación	Trabajo	5	31
	Únicamente CPI	7	44
	Hogar	3	19
	Estudiante	1	6



El 94% de las personas mayores con DCL cuidadas eran del sexo femenino, mientras que, la edad promedio fue de 83, en la tabla 6 se describen las características sociodemográficas.

**Tabla 6**

*Datos de las PAM con DCL*

Dato sociodemográfico		<i>f</i>	%
Grupo de edad*	Senior	1	6
	Adultos mayores jóvenes	5	14
	Adultos mayores longevos	9	57
Estado civil	Soltero(a)	1	6
	Casado(a)	6	38
	Divorciado(a)	1	69
	Viudo(a)	8	50
Escolaridad concluida	Sin estudios	1	6
	Sabe leer y escribir	2	12
	Primaria	4	25
	Secundaria	4	25
	Técnico/ preparatoria	4	25
	Universidad	1	6
Ocupación	Hogar	11	69
	Ninguna	4	25
	Jubilado	1	6
Habita	Familia (Esposo(a) e hijos)	14	88
	Solo	2	12

Nota: \* clasificación del grupo de edad senior: 60-70 años, adultos mayores jóvenes: 71-80 años, adultos mayores longevos: 81-99 y centenarios: 100 años en adelante.

## 10. Instrumentos y materiales

*Cuestionario de Percepción de Estrés:* es una adaptación de la Escala de Estrés Percibido de Cohen, et al., (1983) que evalúa los niveles de estrés percibidos por la persona, esta versión se compone de 10 ítems tiene una escala de respuesta tipo Likert donde 0 representa nunca y 4 siempre, a partir de 13 puntos señala estrés leve la interpretación sigue el parámetro de a mayor puntuación mayor estrés. En su versión mexicana se obtuvo un  $\alpha$ :.87 (Rojas, 2001) en otro estudio  $\alpha$ :.82 (Zamora, 2006)

*Escala de Estrategias de Enfrentamiento:*

La escala parte del modelo de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman (1984) y fue validado y adaptado en población mexicana en pacientes con VIH (Alfaro, 2001); el instrumento se compone de 28 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro opciones de respuesta (no, un poco, bastante, muchísimo). A su vez, los reactivos se clasifican en cinco factores 1) reevaluación positiva ( $\alpha$ =.93); 2) apoyo profesional ( $\alpha$ :.82); 3) Autocontrol ( $\alpha$ : .94); 4) apoyo social ( $\alpha$ : 78) y 5) Resignación ( $\alpha$ : 53); (Alfaro, 2001; Padrón, 2018).

*Materiales*

Se elaboraron presentaciones multimedia (PowerPoint® y Genially®); infografías (Canva®, Piktochart® y Genially®); gamificaciones (Genially®); formularios (Google Forms® y Jotform®); manuales y videos (Photoshop®, Canva® estos dos últimos editados con apoyo). Los materiales empleados por cada módulo fueron:

## Módulo 1.

- ✚ Presentación “El DCL en PAM, el papel de la familia y los profesionales de la salud en el tratamiento” material pptx que indica la definición del DCL, su clasificación, su sintomatología, el diagnóstico, tratamiento e implicación de la familia, médicos y psicólogos.
- ✚ Video “¿Qué es el DCL?” en formato Mp4 explica la incidencia y prevalencia del DCL en la PAM, factores de riesgos y recomendaciones para las PAM.
- ✚ Infografía “5 datos del DCL” de formato png resume los puntos de la presentación.
- ✚ Infografía “cuidado de la PAM con DCL” de formato png se indican *tips* de cuidado para las PAM.
- ✚ Infografía “4 estrategias para familiares de PAM con DCL” de formato png señala indicaciones de cuidados médicos y psicológicos para los CPI de la PAM.
- ✚ Quiz “¿Qué es el DCL?” elaborado en genial.ly®. contiene preguntas interactivas del contenido del módulo.

## Módulo 2.

- ✚ Presentación “*Estrés y respiración diafragmática*” realizada en genial.ly, el material define el estrés, sus causas y síntomas. El tema de respiración diafragmática describe sus beneficios, sus contraindicaciones y sus pasos.
- ✚ Presentación “*Autocuidado y programación de actividades*” elaborada en genial.ly®, enuncia sugerencias de cuidado para la salud física y mental del CPI, de igual forma, se describe la técnica de programación de actividades para gestionar el tiempo.
- ✚ Video “*Respiración diafragmática en 5 pasos*” de formato mp4, contiene las indicaciones para practicar la técnica de respiración diafragmática.

- ✚ Infografía “*Aprender a respirar en 5 pasos*” de formato png, resume las instrucciones de la respiración diafragmática.
- ✚ Infografía “*¿Cómo programar actividades?*” de formato png, numera los pasos para realizar la técnica de programación de actividades.
- ✚ Infografía “*Autocuidado*” diseñada en genial.ly®, recapitula recomendaciones y ejemplos de cuidado.
- ✚ Quiz “*Actividad de respiración diafragmática*” realizado en genial.ly®, contiene preguntas interactivas acerca de los pasos para hacer respiración.

### **Módulo 3.**

- ✚ Presentación “*Solución de problemas*” elaborada en genial.ly® describe la técnica de solución de problemas.
- ✚ Presentación “*Autoinstrucciones*” diseñada en genial.ly®, menciona el uso de las autoinstrucciones para la solución de problemas en CPI.
- ✚ Infografía “*Autoinstrucciones*” de formato png, numera los pasos para practicar la técnica de autoinstrucciones.
- ✚ Infografía “*8 pasos para recordar la estrategia en solución de problemas*” de formato png, resume las indicaciones para aplicar la técnica de solución de problemas.
- ✚ Documento “*Actividad en solución de problemas*” de formato docx, se enuncia una situación hipotética con el objetivo de que los participantes la resuelvan.

### **Módulo 4.**

- ✚ Presentación “*Estrategias conductuales para PAM con DCL parte 1*” de formato pptx, describe los lineamientos para modificar el ambiente de la PAM e incorporar

control de estímulos visuales que favorezcan su atención, memoria, promover su activación, autonomía y funcionalidad.

- ✚ Presentación “*Estrategias conductuales para PAM con DCL parte 2*” de formato pptx, señala los pasos para incorporar técnicas de control de estímulos para la atención, lenguaje, toma de medicamentos de la PAM.
- ✚ Video “*Estrategias conductuales para el DCL*” de formato mp4, resume las sugerencias revisadas en la presentación uno para favorecer la atención y la memoria de la PAM.
- ✚ Video “*3 tips para las PAM con DCL*” de formato mp4, indica las estrategias revisadas en la presentación 2 para la atención, memoria y toma de medicamentos de las PAM.
- ✚ Infografía “*4 estrategias para favorecer la atención y la memoria de la PAM*” de formato png, resume la implementación del uso de cuadernos, calendarios, letreros y fotografías como control de estímulos para la atención y memoria de la PAM.
- ✚ Infografía “*3 tips para PAM con DCL*” de formato png, indica estrategias para realizar actividades y tomar medicamentos a la PAM.
- ✚ Quiz “*Actividad de estrategias conductuales*” diseñado en genial.ly, imagen interactiva que resume tres *tips* para emplear estrategias en las PAM con DCL en el hogar.

Los recursos digitales se organizaron y concentraron en el sitio *web* “*Estrés en cuidadores de personas adultas mayores con deterioro cognitivo leve*”

[https://sites.google.com/view/cuidadores-estres-pamdcl/inicio?read\\_current=1](https://sites.google.com/view/cuidadores-estres-pamdcl/inicio?read_current=1)

La estructura de la plataforma, así como, los materiales fueron revisados por docentes de la residencia en MC sede FES Iztacala y los videos también obtuvieron el visto bueno de tres médicos geriatras del HJM.

## **11. Procedimiento**

A consecuencia de la pandemia por SARS-CoV-19 el programa psicoeducativo fue diseñado por medio de recursos digitales de telecomunicación en las siguientes fases.

### ***Fase 1. Recopilación de información y elaboración de materiales didácticos de psicoeducación.***

En el periodo comprendido de febrero a noviembre del 2020 se realizaron búsquedas bibliográficas de intervenciones psicoeducativas de índole cognitivo conductual enfocada a disminuir el estrés en cuidadores de PAM con DCL y demencia tipo Alzheimer. Con base a la información obtenida se crearon cuatro módulos para el programa denominados 1) el deterioro cognitivo leve en personas adultas mayores, 2) estrés en cuidadores de personas adultas mayores con deterioro cognitivo leve, 3) estrategias de solución de problemas y 4) estrategias conductuales para adultos mayores con deterioro cognitivo leve (ver anexo 1).

### ***Fase 2. Implementación del programa psicoeducativo***

Posterior a las correcciones de algunos recursos multimedia, el programa fue sometido a piloteo por cuatro licenciados en psicología estudiantes de la residencia y una doctora en psicología docente de la residencia, la evaluación se enfocó en el desempeño de la

ponente, la secuencia y contenido principalmente de las presentaciones. Finalizadas tanto la retroalimentación como las últimas modificaciones, se realizó la divulgación del programa psicoeducativo en las redes sociales oficiales de la residencia, en grupos de cuidadores, psicólogos, entre otros.

Previamente al inicio del programa psicoeducativo los participantes registraron su consentimiento informado (ver anexo 3 ) y formulario de inscripción que contiene un cuestionario de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Percepción de Estrés (Rojas, 2001; Zamora, 2006) y la Escala de Estrategias de Enfrentamiento (Alfaro, 2001; ver anexo 2) dichos documentos fueron enviados por las aplicaciones de Jotform® y formularios Google® en su versión gratuita, los solicitantes que cubrieron ambos requisitos fueron contactados por correo electrónico para facilitarles la liga de acceso a las sesiones en línea y la página web.

La aplicación del programa tuvo una duración de cinco días del 18 al 22 de octubre del 2021, en dos horarios uno matutino de 10:00 a 11:30 Hrs. y otro vespertino de 16:00 a 17:30 Hrs. En el anexo uno, se enuncian a detalle la dinámica de la intervención, a continuación, se presenta de manera general el contenido por día:

- ✚ **Lunes 18 de octubre:** módulo uno. El deterioro cognitivo leve en personas adultas mayores el papel de los familiares y los profesionales de la salud en el tratamiento.
- ✚ **Martes 19 de octubre:** módulo dos. Estrés en cuidadores de personas adultas mayores con deterioro cognitivo leve, explicación del origen y características del estrés, la técnica en respiración diafragmática y algunos *tips* de autocuidado.

- ✚ **Miércoles 20 de octubre:** módulo tres. Estrategias en solución de problemas, revisión de la versión breve de solución de problemas en 4 pasos.
- ✚ **Jueves 21 de octubre:** módulo tres. Estrategias en solución de problemas, revisión de la técnica autoinstrucciones.
- ✚ **Viernes 22 de octubre:** módulo cuatro. Estrategias conductuales para favorecer la atención y la memoria en las PAM con DCL.

Al término de la última sesión se solicitó a los participantes responder la evaluación final por medio de formularios Google® que comprendió del Cuestionario de Percepción de Estrés (Rojas, 2001; Zamora, 2006) y la Escala de Estrategias de Enfrentamiento (Alfaro, 2001) para población mexicana (ver anexo 2).

### ***Fase 3. Análisis de los resultados***

Los resultados de los cuestionarios fueron almacenados en el programa Excel® y exportados a Statistical Package for Social Sciences (SPSS) en su versión 20® para la creación de la base de datos, posterior a ello, se calcularon los estadísticos descriptivos. Debido al tamaño de la muestra se consideró idóneo la aplicación de la prueba rangos de Wilcoxon para determinar las diferencias pre y postets, asimismo se empleó la prueba  $r$  de Rosenthal (Ledesma, et al., 2008) para identificar el tamaño del efecto:

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

Los valores de  $r$  se interpretan de la siguiente forma:

pequeño = 0.2 a 0.4

mediano=0.5 a 0.7



grande=0.8.

Respecto a la prueba de Cambio Clínico Objetivo (CCO; Cardiel,1994; Díaz, 2019) se calculó usando la fórmula:

$$CCO = \frac{\text{Post} - \text{Pre}}{\text{Pre}}$$

Los resultados se interpretan siguiendo estos principios:

$\leq +.19$  ausencia de cambio

$\geq +.20$  CCO significativo positivo (cambio positivo de mejoría)

$\leq -.20$  CCO significativo negativo (cambio negativo de deterioro)

$\geq -.19$  ausencia de cambio

Respecto a la pregunta abierta para identificar estrategias de afrontamiento se realizó un análisis categórico (Coolican, 1997) que consistió en transcribir las 16 respuestas, posteriormente, agruparlas de acuerdo con sus similitudes, con los grupos de respuestas se les asignaron nombres de estrategias de afrontamiento retomadas de la Anguiano, (2013) y Lazarus y Folkman, (1984) en el apartado de resultados se describen los hallazgos.

## 12. Resultados

El promedio en años del diagnóstico de DCL corresponde a ( $\bar{x}=4.56$ ) con un intervalo de uno a nueve años, adicionalmente, el 38% reportaron síndromes geriátricos y el 19% indicaron comorbilidades (ver tabla 13).

**Tabla 13**

*Propiedades de las PAM con DCL*

Categorías	f	%
<i>Comorbilidades Médicas</i>		
EPOC	1	6
Artritis	1	6
HAS	1	6
Insuficiencia venosa	1	6
Ceguera y sordera	1	6
Hemiplejia izquierda	1	6
Gastritis y reflujo	1	6
Disautonomía cardíaca	1	6
Trastornos de depresión	2	12
Diabetes	3	19
Sólo DCL	7	43
<i>Tratamiento farmacológico para el DCL</i>		
Risperidona	1	6
Donepezilo	2	12
Antidepresivos*	2	12
Benzodiazepinas**	3	19
Memantina	3	19
Ninguno	6	31
<i>Tratamiento no farmacológico para el DCL</i>		
Letreros	1	6
Otra: mándalas	1	6
Crucigramas y sopa de letras	2	12
Organización de actividades	2	12
Lecturas y audiolibros	3	19
Llevar una libreta de notas	5	25

*Nota.* \*Se denominó benzodiazepinas al grupo que engloba diazepam y olanzapina.

\*\* Antidepresivos agrupa citalopram, amitriptilina, venlafaxina y mirtazapina.

Los hallazgos referentes al cuidado indican que las participantes llevan el rol de CPI en un intervalo de uno a 11 años ( $\bar{x}= 4$ ). Los días a la semana dedicados a dicha actividad

varían de dos a siete ( $\bar{x}= 5$ ). En tanto a las horas de asistencia al día es de entre dos a 24 hrs ( $\bar{x}= 19$ ), conjuntamente, se recopilaron otros aspectos de interés en la dinámica del CPI (ver tabla 14).

**Tabla 14**

*Características del cuidado*

Aspectos del cuidado		<i>f</i>	%
Parentesco	Madre o padre	12	75
	Abuela	1	6
	Tía	1	6
	Conocida	2	12
Red de cuidadores	Solo la participante	1	6
	Apoyo de una persona	3	19
	Apoyo de dos personas	7	44
	Apoyo de tres personas	3	19
	Apoyo de cuatro personas	1	6
	Apoyo de seis personas	1	6
Apoyo recibido de familiares	Despensa y comida	6	37
	Económico	6	37
	Limpieza	4	26
Asistencia en actividades básicas	Movilidad	2	12
	Baño	1	6
	Alimentación	3	19
	Otra: acompañar	2	12
	Todas	8	50
Asistencia en actividades instrumentales	Hacer de comer	3	19
	Compras	2	12
	Limpieza	3	19
	Todas	8	50

Las participantes señalaron determinados eventos propios del cuidado que tienden a percibir como estresantes, la valoración de los mismo se realizó en dos momentos, el primero fue previo al programa psicoeducativo y el segundo a su término, (ver tabla 15) donde se observan las diferencias en porcentajes.

**Tabla 15**

*Situaciones de cuidado percibidas como estresantes antes y después del programa psicoeducativo*

<i>Situaciones</i>	<i>f pretest</i>	<i>f posttest</i>
No tener tiempo para actividades personales	0	1
No tener suficientes recursos	0	1
Tener poco apoyo de familiares para cuidar a la PAM	1	4
Dificultad en la toma de decisiones	1	0
Acumulación de actividades	2	2
Déficit de información respecto a los cuidados	2	2
Percibir difícil ser cuidador	2	0
Dificultad para comunicarse con la PAM	2	1
Déficit de información del DCL	3	1
Todas las situaciones mencionadas en el cuestionario	4	2

El cuestionario de percepción del estrés establece que el grado de estrés aumenta en función del puntaje, la puntuación mínima es 13 y la máxima es 40. De esta forma, a partir de 13 puntos la persona posee un grado bajo de estrés. Para determinar los cambios en el nivel de estrés antes y después del programa psicoeducativo se calculó el estadístico de rangos de Wilcoxon (ver tabla 16).

**Tabla 16**

*Prueba de Wilcoxon del estrés en las CPI*

Escala	Pre test		Pos test		z	p
	M	Mdn	M	Mdn		
Cuestionario de Percepción del Estrés	23	23	21.44	21	1.894	0.05

Los resultados de la prueba indican que el nivel de estrés del grupo de CPI disminuyó, por lo tanto, se concluye que los cambios son estadísticamente significativos, ( $p=0.05$ ), por ello, se realizó una prueba de CCO para determinar los cambios intergrupales (ver tabla 17).

**Tabla 17**

*CCO individual de las CPI del Cuestionario de Percepción de Estrés*

Participante	Puntuación Pre	Puntuación Post	CCO
1	23	26	.13
2	24	23	-.04
3	23	26	.13
4	26	20	-.23*
5	24	20	-.4
6	19	17	-.10
7	23	20	-.13
8	30	23	-.23*
9	20	20	0
10	26	23	-.11
11	26	21	-.19
12	20	21	.05
13	20	23	.15
14	23	21	-.08
15	21	21	0
16	22	18	-0.18

*Nota.* \*(CCO=.20 -.20)

De acuerdo con Cardiel (1994) los resultados demuestran que el 12(72%) de las participantes no tienen un CCO significativo, el resto 2(12%) obtuvieron un CCO negativamente significativo y el 2(12%) tuvieron puntuaciones limítrofes para alcanzar una significancia negativa, estos datos demuestran que al finalizar el programa psicoeducativo hubo un decremento en el impacto del estrés hasta en el 4% de las CPI.

Los resultados de la pregunta: *en los momentos y/o situaciones que se siente con estrés ¿Qué hace para afrontarlo?* se realizó con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento al estrés empleadas por las participantes antes y después del programa psicoeducativo. En las columnas de citas textuales únicamente se presentan algunos fragmentos de sus respuestas para evitar la repetición de palabras. El análisis categórico señala que al término del programa 32% describió usar respiración diafragmática y el 24% elementos de solución de problemas como mecanismos de regulación al estrés (ver tabla 18).

**Tabla 18**

*Estrategias de afrontamiento al estrés de las CPI*

Estrategia de afrontamiento	Citas textuales antes del programa psicoeducativo	f	Citas textuales después del programa psicoeducativo	f
<b>Escape</b>	“Cuando siento que me enojo me encierro en mi recamara” “Me retiro me encierro en mi cuarto” “Me encierro en mi cuarto”	3	“Alejarme de la situación estresante” “Busco la manera de no hacer sentir mal a los demás, aunque yo no siempre me sienta bien”	2
<b>Evitación</b>	“Intentar alejarme de lo que me causa estrés”	1	“Busco la manera de no hacer sentir mal a los demás, aunque yo no siempre me sienta bien”	1
<b>Distracción instrumental</b>	“Caminar” “Hago ejercicio” “Bailar” “Rezar” “Buscar una distracción” “Escucho música” “Música relajante”	4	“Hago actividades que bajen es stres” “Escucho música y bailo” “Oír música” “Hacer ejercicio, cosas manuales” “Caminar”	3
<b>Distracción cognitiva</b>	“Diciéndome que el mal momento pasará”	1		0
<b>Red de apoyo</b>	“Pido apoyo a familiares”	1	“Solicito apoyo con la familia, directamente con mis hermanos (as)” “Pido apoyo a familiares”	2
<b>Relajación y respiración</b>	“Respirar profundamente” “Tomar tiempo fuera y respirar” “Respiro profundo y trato de tranquilizarme”	4	“Respirar profundamente” “Hago ejercicios de relajación” “Trato de tranquilizarme respirando” “Respirar”	5

<b>Elementos de solución de problemas</b>	<i>“Poder analizar la situación”</i>	2	<i>“Me calmo y busco una solución”</i>	4
	<i>“Me ocupo de lo que posiblemente puedo hacer”</i>		<i>“Hacer un alto. Definir la situación y las opciones”</i>	
	<i>“Entendiendo que tiene solución y que yo debo de buscarla y si no la hay pues acepto la situación”</i>		<i>“Buscar soluciones”</i> <i>“Análisis del problema, generar alternativas, elegir la más viable y procurar el mejor bienestar para los involucrados”</i>	

Además de la pregunta abierta, se empleó la Escala de Estrategias en Enfrentamiento (Alfaro, 2001) para determinar los recursos de afrontamiento ante el estrés de las CPI antes y después del programa psicoeducativo.

Para el análisis estadístico se efectuó la prueba de rangos de Wilcoxon para cada subescala que compone la escala (ver tabla 19).

**Tabla 19**

*Prueba de Wilcoxon en la escala de afrontamiento al estrés*

Escala	Pre test		Pos test		z	p	r
	M	Mdn	M	Mdn			
Apoyo profesional	10	35.5	11	37	-1.989	.047*	.49
Autocontrol	12	9	13	11	-2.209	.027*	.55
Apoyo social	6	11	7	12	-3.527	.000**	.83
Resignación	4	6	4	6.5	-2.140	.032*	.53
Reevaluación positiva	35	4	38	4	-.367	.714	.09

Valor de r, pequeño = 0.2 a 0.4 mediano=0.5 a 0.7 grande=0.8.

Los resultados de la prueba de rangos de Wilcoxon indica diferencias estadísticamente significativas en cuatro de las cinco subescalas. Respecto, al tamaño del efecto se observan efectos medianos y grandes en cuatro subescalas, mientras que, solo un valor

pequeño en la subescala de resignación. Se describen las discusiones y conclusiones pertinentes.



### **13. Discusión y Conclusiones**

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de un programa psicoeducativo *online* sincrónico y asincrónico sobre los niveles de estrés de los CPI de PAM con DCL, los resultados sugieren el cumplimiento de este, igualmente, se rechaza la hipótesis de nulidad, en consecuencia, la respuesta a la pregunta de investigación revela que existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de estrés en las participantes de PAM al finalizar el programa.

Respecto al rol de CPI fue ejercido por mujeres el 88% eran familiares del paciente y la mayoría eran casadas, estos datos concuerdan con las aportaciones de Alpuche (2007) y Fernández-Ballesteros (2014) en contraparte a lo reportado en la literatura, las participantes de esta investigación se caracterizaron por tener escolaridad universitaria y tenían un trabajo remunerado, posiblemente ambos elementos favorecieron la adherencia tanto a las técnicas como al programa psicoeducativo, adicional a ello, las participantes expresaron agrado por el formato multimedia del programa.

Además, se identificó que el 50% de las participantes asistían al paciente en las actividades básicas e instrumentales, el 94% compartían el cuidado con una o más personas, todas recibían algún tipo de apoyo (económico, despensas o instrumental). Respecto a la percepción reportada por las participantes al concluir el programa señalaron percibir poco apoyo de familiares como un evento que consideran estresante, probablemente, se deba a que ellas buscan encontrar un soporte emocional o de otra índole que no fue evaluado.

De los datos correspondientes a las PAM con DCL, el 65% padecía comorbilidades con enfermedades crónico-degenerativas como diabetes, cardíacas, pulmonares y de articulaciones, de manera similar, presentaron síndromes geriátricos y trastornos de depresión, todos los padecimientos concuerdan con las estadísticas del INGER (2019) y la SSA (2014), así mismo, con la información recolectada en la estancia en el HJM.

Dichos malestares representan un factor de riesgo para en el curso, pronóstico y tratamiento tanto del DCL como de las otras enfermedades, asimismo, las PAM requerirán mayores atenciones de las CPI y probable incremento del estrés como lo han investigado Alpuche (2007); Domingues, et al. (2018); Izal y Montorio (2006); Fernández-Ballesteros (2014); Garand et al. (2018); Haverstock et al. (2019); Musich et al. (2016); Rodríguez (2017) y Verreault et al. (2020).

A su vez, las participantes consideraron que al término del programa disminuyó el estrés percibido en momentos como déficit de información del DCL, conflictos en la toma de decisiones y dificultades para comunicarse con la PAM. Otras situaciones como poco apoyo de familiares, falta de tiempo para actividades personales y recursos insuficientes fueron percibidos estresantes al finalizar el programa. Otras se mantuvieron constantes como la acumulación de actividades y el déficit de información respecto a los cuidados.

Respecto a la variable estrés la prueba de Wilcoxon permiten discernir diferencias entre las medianas pretest y posttest revelando reducciones ante la percepción de estrés en las CPI al término del programa, estos cambios reportan un nivel de significancia apropiado, adicionalmente, el cálculo del CCO indicó significancia

negativa en el 12% de las participantes que refiere el decremento de la variable estrés, así como el aumento de las estrategias de afrontamiento, indicando así un impacto favorable del programa psicoeducativo en dichas participantes.

Estos resultados se asemejan parcialmente con los metaanálisis de Domingues et al. (2018) y Verreault et al. (2020) dicha disertación se fundamenta en que los autores en general enuncian que los participantes se favorecieron positivamente al adquirir las estrategias de afrontamiento al estrés, incluso puntualizan, impactos moderados y elevados, empero, no hay reportes de una significancia estadística.

En el trabajo de Garand et al. (2018) tampoco encontraron diferencias significativas de estrés y de sobrecarga en los CPI de PAM con DCL y demencias a partir de implementar un programa de solución de problemas, mismos autores en años anteriores Garand et al. (2013) concluyeron la efectividad de la terapia en solución de problemas cuando la intervención se realiza en los primeros meses posteriores al diagnóstico del DCL dado que los CPI comienzan a incorporarse a su rol y la percepción de estrés es baja. La hipótesis que sostienen los autores puede retomarse para aquellos casos donde el CCO no fue significativo, ya que, el promedio de años con el diagnóstico de DCL en las PAM fue de 4.56 esta temporalidad sobrepasa el indicado por Garand et al. (2013) en consecuencia puede inferirse que el tiempo de diagnóstico es una variable moduladora para la efectividad de las intervenciones.

El comportamiento de la variable afrontamiento indicó cambios significativos en las subescalas de reevaluación positiva, apoyo profesional, autocontrol y apoyo social. El autocontrol obtuvo mayor tamaño de efecto y significancia, en este sentido, de acuerdo con Alfaro (2001) después de culminar el programa psicoeducativo las CPI aumentaron

el uso de estrategias de autocontrol encaminadas a la solución de problemas, diseñar planes de acción y seguirlos, indagar nuevas alternativas, evitar situaciones estresantes, realizar ejercicio y relajarse. Estos datos concuerdan con el análisis categórico de los recursos de afrontamiento implementados por las participantes ante el estrés, ya que, el 32% describió usar respiración y el 24% elementos de solución de problemas.

Las subescalas de búsqueda de apoyo profesional y social demostraron una significancia aceptable, por consiguiente, las participantes indican mantenerse informadas acerca del problema con expertos, buscan formas redes de apoyo en grupos con personas en condiciones similares, con familiares y con personas de confianza, al respecto, en el análisis categórico el 9% de las participantes señaló emplear dichas estrategias en momentos estresantes.

Del examen anterior se deriva que cuando concluyó el programa las participantes implementaron recursos de afrontamiento propios del estilo centrado en el problema como lo sostienen Anguiano (2013); González y Landero (2007) y Lazarus y Folkman (1984) son aquellas conductas y creencias dirigidas a la búsqueda, elección y aplicación de soluciones.

Retomando los modelos de cuidadores de PAM dependientes de Pearlin (1990) y el transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1989) cuando los recursos de afrontamiento se centran en resolver el problema, los niveles de estrés percibido disminuyen, no obstante, en este estudio parcialmente se observan dichas postulaciones. Las explicaciones alternativas reinciden en el tiempo del diagnóstico, del cuidado y la duración del programa.

Otro hallazgo fue el alcance del programa *online* ya que se registró el 25% de muerte experimental equivalente a ocho participantes. En su estudio Ploeg et al. (2018) describieron que estos trabajos a distancia otorgan a los CPI la ventaja de administrar el tiempo que dedicaran al mismo, por lo tanto, es una ventaja el uso de la Telepsicología en esta población.

Las limitantes y áreas de oportunidad del trabajo fueron la duración del programa psicoeducativo, esto según lo reportado por los asistentes, además, la falta de tiempo para evaluar el aprendizaje de las técnicas, ausencia de seguimiento. Se recomienda a futuras investigaciones retomar diseños con grupos control para determinar qué elementos de los programas son más efectivos. Igualmente, se sugiere agregar módulos dirigidos al autocuidado y a la enseñanza de habilidades sociales de comunicación y negociación con la finalidad de que los CPI aprendan a solicitar peticiones, a formar acuerdos con los familiares y a establecer límites para dedicar tiempo a ellos. Otro aspecto para considerar en los trabajos interesados en dicha población es el estudio de los trastornos de ansiedad y depresión que se interrelacionan con el estrés y tienen a estar presentes en esta población como lo puntualizan Domingues, et al. (2018), Garand et al. (2018) y Verreault et al. (2020). Finalmente se considera oportuno involucrar a la PAM con la finalidad de impactar positivamente en ambos.

Los cuidadores formales e informales son el principal sostén para las PAM con o sin enfermedad, de esta manera, los trabajos desde la MC suponen una mejoría para paciente y cuidador. Particularmente la OMS y el INGER cada vez hacen mayor hincapié en profundizar la investigación e intervención en este grupo etario que crece exponencialmente, declarando esta década como la del envejecimiento saludable, en ese

tenor, es labor de Universidades e Institutos de investigación continuar aportando información de calidad que simiente acciones para promover y consolidar el bienestar de las PAM y su red de apoyo.

## 14. REFERENCIAS

Alavi, N., & Omrani, M., (2019). Online cognitive behavioral therapy. The 12-step approach to online CBT, cap. 2. Springer.

Alpuche, V. (2007). *Validación de la entrevista de carga del cuidador en una población de cuidadores primarios informales*. [Tesis de licenciatura]: Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/pd2008/0623020/Index.html>

Anderson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments [Tratamientos Psicológicos por Internet]. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1). doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006

Anguiano, S. (2013). Inoculación del estrés, en P. Valladares y A. Rentería (coords). *Psicoterapia cognitivo-conductual, técnicas y procedimientos*. (pp. 211-237), UNAM

American Psychological Association. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology [Pautas para la Práctica de la Telepsicología]. *American Psychology*, 68(9), 791-800. doi: 10.1037/a0035001

Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Paraninfo.

Bermejo, L. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: guía de buenas prácticas*. Editorial Médica Panamericana.

Bubolz, S., Mayer, G., Gronewold, N., Hilbel, T. & Schultz. (2020). Adherence to Established Treatment Guidelines Among Unguided Digital Interventions for Depression: Quality Evaluation of 28 Web-Based Programs and Mobile Apps [Adherencia de las Pautas de Tratamiento Establecida entre las Intervenciones Digitales no guiadas para la Depresión: Evaluación de la Calidad de 28 Programas Basados en la Web y Aplicaciones Móbiles]. *Journal of Medical Internet Research*; 22(7) 1-16. doi: 10.2196/16136.PMID: 32673221

Cahill, S. (2019). WHO'S global action plan on the public health response to dementia: some challenges and opportunities [Plan de acción de la OMS sobre la respuesta de salud pública a la demencia: algunos desafíos y oportunidades]. *Ageing & Mental Health*, 1-4. <http://doi.org/10.1080/13607863.2018.1544213>

Cardiel, R. (1994). La medición de la Calidad de Vida (Measuring Quality of Life). En: Moreno, L., Cano-Valle, F. & García-Romero, H. (Eds). *Epidemiología clínica* (pp 189-199) Interamericana-McGraw Hill

Cerezo-Reséndiz, S. & Hurtado-Rodríguez, C. (2012). Principales aportaciones a la Medicina Conductual de Joseph Dominic Matarazzo. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* 3(2), 49-50. <http://www.scielo.org.mx/pdf/jbhsi/v3n2/v3n2a4.pdf>

Cohen, S., Kamarck, T.P., & Mermelstein, R.J. (1983). A global measure of perceived stress [Una medida global del estrés percibido]. *Journal of health and social*



*behavior,*

24(4),

385-96.

<https://webs.wofford.edu/steinmetzkr/teaching/Psy150/Lecture%20PDFs/PSS.pdf>

Coolican, H. (1997). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. Editorial Manual Moderno.

Davies, F., Shepherd, H., Beatty, L., Clark, B., Butow, P. & Shaw, J. (2020). Implementing Web-Based Therapy in Routine Mental Health Care: Systematic Review of Health Professionals' Perspectives [Implementación de la Terapia basada en la Web en la Atención de Salud Mental: Revisión Sistemática de las Perspectivas de los Profesionales de Salud]. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7). doi10.2196/17362

Díaz, C. (2019). *Efectos de una intervención cognitivo conductual dirigida a pacientes con sintomatología depresiva y asma no controlada*. [Tesis de doctorado]: Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/ptd2018/diciembre/0783663/0783663.pdf>

Domingues, N. S., Verreault, P. & Hudon, C. (2018). Reducing Burden for Caregivers of Older Adults With Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review [Reducción de la Carga para los Cuidadores de Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo Leve: Una Revisión Sistemática]. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 401–414. doi:10.1177/1533317518788151

Domínguez-Chávez, C. Murrock, C & Salazar-González, B. (2018). Mild cognitive impairment: A concept analysis [Deterioro Cognitivo Leve: Un análisis de su concepto]. *Nurs Forum*, 1-9. doi: 10.1111/nuf.12299

Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. (2020, abril). *Boletín informativo Envejecimiento en México: discapacidad*. [http://www.enasem.org/images/ENASEM-20-1AgingInMexico\\_Disability04132020.pdf](http://www.enasem.org/images/ENASEM-20-1AgingInMexico_Disability04132020.pdf)

Family Caregiver Alliance National Center. (2004, julio). *Caring for adults with cognitive and memory impairment* [Cuidadores de adultos mayores con deterioro cognitivo leve]. <https://www.caregiver.org/caring-adults-cognitive-and-memoryimpairment>

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. (2018, septiembre). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Psicología de la vejez*. Ediciones Pirámide.

Garand, L., Rinaldo, D., Alberth, M., Delany, J., Beasock, S., Lopez, O., Reynolds, C. & Dew, M. (2013). Effects of Problem Solving Therapy on Mental Health Outcomes in Caregivers of Persons with a New Diagnosis of Mild Cognitive Impairment or Early [Efectos de la Terapia de Resolución de Problemas en la Salud Mental de Cuidadores Personas con un Nuevo Diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve o

Temprano]. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(8), 771-781. doi: 10.1016/j.jagp.2013.07.007

Garand, L., Morse, J., ChiaRebecca, L, Barnes, J., Dadebo, B., Lopez, O. & Dew, A. (2019). Problem-solving therapy reduces subjective burden levels in caregivers of family members with mild cognitive impairment or early-stage dementia: Secondary analysis of a randomized clinical trial [La terapia de resolución de problemas reduce los niveles de carga subjetivo en los cuidadores de familiares con deterioro cognitive leve o demencia en fase temprana: análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado]. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 957– 965. doi: 10.1002/gps.5095

González, M. & Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2),189-198.

Grossman, M., Kim, D. & Zelinski, E. (2018). Mobile Apps for Caregivers of Older Adults: Quantitative Content Analysis [Aplicaciones Móbiles para Cuidadores de Adultos Mayores: Análisis Cuantitativo de Contenido]. *JMIR Mhealth Uhealth*, 6(7), 1-10. doi: 10.2196/mhealth.9345

Han, Y., Jia, J., Li, X., Yang, L., Sun, X., Wang, S., Wang, Y., Wang, Z., Zhang, J., Zhou, J. & Zhou, Y. (2019). Expert Consensus on the Care and Management of Patients with Cognitive Impairment in China [Consenso de Expertos sobre la Atención y el

Manejo de Pacientes con Deterioro Cognitivo en China]. *Neurosci.*  
<https://doi.org/10.1007/s12264-019-00444-y>

Haverstock, N., Ruthig, J. & Chipperfield, J. (2019). Primary and secondary control strategies and psychological well-being among familial caregivers of older adults with dementia [Estrategias de control primario y secundario y bienestar psicológico en cuidadores familiares de adultos mayores con demencia]. *The Journal of Social Psychology.* doi: 10.1080/00224545.2019.1592095

Instituto Nacional de Atención a las Personas Mayores. (2020, septiembre). *Cuidadores y cuidadores de personas mayores.*  
<https://www.gob.mx/inapam/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018, mayo). *Valoración Geriátrica Integral en unidades de atención médica.*  
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/190GER.pdf>

Instituto Nacional de Geriátrica. (2019, abril). *Enfermedades crónicas, principal motivo de pérdida de años de vida saludable en personas mayores.*  
[http://www.anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin\\_Abril2019.pdf](http://www.anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin_Abril2019.pdf)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2018, mayo). *1° de Octubre día internacional de las personas mayores.*  
[http://www.inprf.gob.mx/ensenaza/info\\_cursos/2018/octubre1\\_2018.pdf](http://www.inprf.gob.mx/ensenaza/info_cursos/2018/octubre1_2018.pdf)

- Izal, M. & Montorio, I. (2006). *Gerontología conductual bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Síntesis
- Kerlinger, F. & Lee, H. B. (2002). *Investigación del Comportamiento y Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. 4ª. edición. Mc Graw Hill.
- Kumar, V., Sattar, Y. & Bseiso, A. (2017). The Effectiveness of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Psychiatric Disorders [La eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual Basada en Internet en el Tratamiento de Trastornos Psiquiátricos]. *Cureus* 9(8). Doi 10.7759/cureus.1626
- Lazarus, R., & Folkman S. (1984). *Stress, coping and adaptation* [Estrés, afrontamiento y adaptación]. Springer
- Ledesma, R., Macbeth, G. & Cortada de Kohan, N. (2008). Tamaño del efecto: revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico vista. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 425-239.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C. & Sykes, C. M. (2008). *Psicología de la Salud: teoría, investigación y práctica*. Manual Moderno.
- Medina, G. & Rodríguez, R. (2011). Demencia, en R. Rodríguez, G. Lazcano, H. Medina y M. Hernández (coordinadores). *Práctica de la geriatría 3. Ed.* Cap. 70, pp.544-563. McGrawHill

Musich, S., Wang, S., Kraemer, S., Hawkins, K. & Wicker, E. (2016). Caregivers for older adults: Prevalence, characteristics, and health care utilization and expenditures [Cuidadores de adultos mayores: prevalencia, características y gastos de atención a la salud]. *Geriatric Nursing*. 20(s/n), 1-8.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.017>

Orozco, C. (2011). Deterioro cognoscitivo leve, en R. Rodríguez, G. Lazcano, H. Medina y M. Hernández (coordinadores). *Práctica de la geriatría 3. Ed.* Cap. 71 pp.564-570. McGrawHill

Padden, C., Concialdi-McGlynn, C. & Lydon, S. (2018). Psychophysiological measures of stress in caregivers of individuals with autism spectrum disorder: a systematic review [Medidas psicofisiológicas del estrés en cuidadores de personas con trastorno autista: una revisión sistemática]. *Developmental Neurorehabilitation*.  
<https://doi.org/10.1080/17518423.2018.1460769>

Padrón, P. (2018). *Evaluación de la influencia de un taller psicoeducativo sobre las estrategias de afrontamiento de cuidadores primarios de personas con enfermedad crónico-degenerativo*. [Tesis de licenciatura], Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/ptd2018/enero/0769903/Index.html>

Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S. & Skaff, M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures [El Cuidado y el Proceso de Estres: Una Vision General de los Conceptos y sus Medidas]. *The Gerontological Society of*

*America*, 30(5), 583-594. <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/30/5/583/564941>

Petersen, R. C. (2016). Mild Cognitive Impairment [Deterioro Cognitivo Leve]. *Continuum*, 22(2):404–418. doi:10.1212/CON.00000z00000000313

Ploeg, J., McAiney, C., Duggleby, W., Chambers, T., Lam, A., Peacock, S., Fisher, K., Forbes, D. A., Ghosh, S., Markle-Reid, M., Triscott, J. & Williams, A. (2018). A Web-Based Intervention to Help Caregivers of Older Adults With Dementia and Multiple Chronic Conditions: Qualitative Study [Una Intervención Basada en la Web para Apoyar a los Cuidadores de Adultos Mayores con Demencia y Enfermedades Crónicas Múltiples: Estudio Cualitativo]. *JMIR Aging*, 1(1), e2. doi:10.2196/aging.8475

Regan, B. & Varanelli, L. (2013). Adjustment, depression, and anxiety in mild cognitive impairment and early dementia: a systematic review of psychological intervention studies [Adaptación, depresión y ansiedad en el deterioro cognitivo leve y la demencia temprana: una revisión sistemática de estudios de intervención psicológica]. *International Psychogeriatric Association*, 25(12), 1963–1984. doi:10.1017/S104161021300152X

Reynoso, L. (2011). *El trabajo de los psicólogos especializados en medicina conductual*. [http://www.researchgate.net/publication/264001348\\_el\\_trabajo\\_de\\_los\\_psicólogos\\_especializados\\_en\\_medicina\\_conductual](http://www.researchgate.net/publication/264001348_el_trabajo_de_los_psicólogos_especializados_en_medicina_conductual)

Reynoso, L., Hernández, M., Bravo, M. & Anguiano, S. (2011). Panorama de la residencia en medicina conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17(s/n), 43-49. [https://www.academia.edu/2460221/Panorama\\_de\\_la\\_Residencia\\_en\\_Medicina\\_Conductual\\_de\\_la\\_UNAM](https://www.academia.edu/2460221/Panorama_de_la_Residencia_en_Medicina_Conductual_de_la_UNAM)

Reynoso, L., Bravo, M., Anguiano-Serrano, S. & Mora-Miranda, M. (2012). La evaluación de la residencia en medicina conductual. ¿La historia se repite? *Revista de Educación y Desarrollo*, 23(s/n), 45-53. [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/23/023\\_Reynoso.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/23/023_Reynoso.pdf)

Reynoso, L., (2014). Medicina conductual: Introducción, en L. Reynoso y A. Becerra (coordinadores). *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. Cap. 1, pp. 11-26. Qartupp. URL <http://www.gartuppi.con/2014/MEDICINA.pdf>

Rojas, J., Visesca, C. & Rivero, O. (2013). *Historia del Hospital Juárez de México 1847-2010*. UNAM.

Rodríguez, O., G. (2010). Desarrollo de la medicina conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*; 1(1), 5-12. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/18467/17536>

Rodríguez, C. Y. (2017). *Envejecimiento, evaluación e intervención psicológica*. Manual Moderno.



Rojas, M. E. (mayo, 2001). *Inventario para medir el estrés basado en la percepción de control*. [Sesión de Conferencia] Primer Congreso de Psicología de la Salud, Veracruz, México.

Schwartz, G. & Weiss, E. (1978). Behavior medicine revisited: an amended definition [Revisión de la Medicina Conductual: una definición modificada]. *Journal of Behavioral Medicine*; 1(3), 249-251. doi: 10.1007/BF00846677

Secretaría de Salud. (2012, septiembre). *Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención*. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144\\_GPC\\_DEMENCIA\\_AM/IMSS\\_144\\_08\\_EyR\\_DEMENCIA\\_AM.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf)

Secretaría de Salud. (2016, enero). *Hospital Juárez de México*. [www.hospitaljuarez.salud.gob.mx](http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx)

Shelley, E. T. (2007). *Psicología de la salud* 6ta. Edición. McGraw-Hill

Sheung-Tak, C. & Haley, W. (2020). Coping with Cognitive Impairment and Family Caregiving: Introduction to the Special Section [Afrontando el Deterioro Cognitivo y el Cuidado Familiar: Introducción a la Sección Especial]. *Psychology and Aging*, 32(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1037/pag0000436>

Siegler, I., Bastian, L., Steffens, D., Bosworth, H. & Costa, P. (2002). Behavioral Medicine and Aging [Medicina Conductual y Envejecimiento]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 843-851. doi: 10.1037//0022-006X.70.3.843

Tang, F., Jang, H., Lingler, J., Tamres, L. & Erlen, J. (2015). Stressors and Caregivers' Depression: Multiple Mediators of Self Efficacy, Social Support, and Problem-Solving Skill [Estrés y Depresión de los cuidadores: Múltiples Mediadores de la Autoeficacia, el Apoyo Social y las Habilidades para Resolver Problemas]. *Social Work in Health Care*, 54(7), 651-668. <http://dx.doi.org/10.1080/00981389.2015.1054058>

Universidad Nacional Autónoma de México. (2013, abril). *Perfil Egreso Medicina Conductual (Iztacala)*. <http://psicologia.posgrado.unam.mx/perfil-egreso-medicina-conductual-iztacala/>

Vega, J. N. & Newhouse, P. A. (2014). Mild Cognitive Impairment: Diagnosis, Longitudinal Course, and Emerging Treatments [Deterioro Cognitivo Leve: Diagnóstico, Curso Longitudinal y Tratamientos emergentes]. *Geriatric Disorders*, 16(s/n), 1-11. doi: 10.1007/s11920-014-0490-8

Verreault, P., Turcotte, V., Ouellet, M., Robichaud, L. & Hudon C. (2020). Efficacy of cognitive-behavioural therapy interventions on reducing burden for caregivers of older adults with a neurocognitive disorder: a systematic review and meta-analysis [Eficacia de las intervenciones de terapia cognitiva conductual para reducir la carga de los cuidadores de adultos mayores con un trastorno neurocognitivo. Una revision

sistemática y metaanálisis]. *Cognitive Behaviour Therapy*. doi:  
10.1080/16506073.2020.1819867

Zanatta, E. & Yurén, T. (2012). La formación profesional del psicólogo en México: trayecto de la construcción de su identidad disciplinar. *Enseñanza e investigación en psicología*, 17(1), 151-170.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29223246010&idp=1&cid=270478>

Zamora, M. (2006). *Migración y estrés como predictores del fracaso escolar en estudiantes de bachillerato*. [Tesis de Licenciatura]: Universidad Nacional Autónoma de México: [https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TES01000609500](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000609500)

## 15. ANEXOS

### Anexo 1



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**  
**Residencia en Medicina Conductual**



---

#### Estrés en cuidadores de adultos mayores con *DCL*.

---

La labor de cuidado requiere de habilidades emocionales e instrumentales para proveer al otro de apoyo informativo, emocional, instrumental y en ocasiones económico (Rodríguez, 2017). En determinadas situaciones donde los cuidadores no cuentan con los recursos para cubrir y hacer frente a las demandas de atención que exige su rol puede desencadenar periodos de estrés (Rivera et al., 2011) por consiguiente se propone la adquisición de estrategias para minimizar el nivel de estrés, desde esta postura se elaboró el presente trabajo.

Este programa está dirigido a cuidadores de adultos mayores con DCL, su propósito es el aprendizaje de estrategias conductuales y cognitivas para disminuir el nivel de estrés que podrían llegar a percibir a partir de las actividades de cuidado y otros acontecimientos de la vida cotidiana.

Para lograr el objetivo, el diseño del programa tiene una secuencia deductiva de los temas que se agrupan por módulos (ver Tabla 20), cada módulo integra componentes tanto teóricos como prácticos que proporciona a los asistentes el aprendizaje de dichas estrategias y la forma de cómo trasladarlo a su contexto.

**Tabla 20***Estructura general del programa psicoeducativo*

	Modalidad		Duración: 1 mes	
	Teoría	Práctica	Sesiones	Horas
Módulo1 El DCL en la PAM, el papel de familiares y los profesionales de salud en el tratamiento.	x		1	50 min.
Módulo 2 Estrés en cuidadores de personas adultas mayores con DCL.	x	X	2	1 hr. 40 min.
Módulo 3 Estrategias en soluciones de problemas.	x	X	1	50 min.
Módulo 4 Estrategias conductuales para favorecer la memoria y atención de la PAM con DCL.	x		2	1 hr. 40 min
		Total:	4	5 hrs.

A partir de la estructura y finalidad del programa cada módulo cuenta con objetivos específicos que en su conjunto guiarán a los participantes a adquirir recursos para disminuir los niveles de estrés.

**Objetivo General**

El asistente aplicará estrategias cognitivas y conductuales para disminuir su nivel de estrés.

**Objetivos específicos**

El asistente:

1. Identificará las características generales del DCL en la PAM (Módulo 1).
2. Identificará las acciones que realiza la familia y los profesionales de la salud en el tratamiento del DCL en la PAM (Modulo 1).
3. Identificará el estado de estrés y relajación (Módulo 2).
4. Implementará la técnica de respiración diafragmática para disminuir su nivel de estrés en situaciones de la vida cotidiana (Módulo 2).
5. Identificará recomendaciones de autocuidado para el cuidador (Módulo 2).
6. Identificará la técnica planificación de actividades para disminuir su nivel de estrés (Módulo 2).
6. Implementará estrategias de solución de problemas para disminuir el nivel de estrés en situaciones de la vida cotidiana (Módulo 3).
7. Implementará estrategias de autoinstrucciones (Módulo 3).

8. Identificará estrategias conductuales para favorecer la memoria y orientación de la PAM con DCL (Módulo 4).

9. Identificará estrategias conductuales para favorecer la atención de la PAM con DCL (Módulo 4).

---

Módulo 1. El DCL en la PAM y el papel de familiares y profesionales de salud en el tratamiento.

---

El contenido del primer apartado proporciona a los participantes una introducción del tema: DCL en la PAM, así como el papel del médico y familiares involucrados en el tratamiento y cuidado (ver tabla 21 y 22).

**Tabla 21**

*Contenido del módulo 1*

<i>El DCL en la PAM, el papel de familiares y los profesionales de salud en el tratamiento.</i>	<b>Modalidad</b>	
	<b>Teórico</b>	<b>Práctico</b>
1. Definición del DCL	X	
2. Factores de riesgo en la PAM.	X	
3. Características del DCL.	X	
4. Diagnóstico del DCL en la PAM.	X	
5. Tratamiento multidisciplinario	X	
6. El papel del médico en el tratamiento.	X	
7. El papel de los familiares en el tratamiento.	X	
8. Recomendaciones generales de cuidado para la PAM con DCL.	X	

---

**Duración: 50 minutos**

---

**Tabla 22**

*Carta descriptiva del módulo 1*

<b>Módulo 1:</b> El DCL en la PAM, el papel de familiares y los profesionales de salud en el tratamiento.				
<b>Objetivo del módulo</b>	Los asistentes: Identificarán las características generales del DCL en la PAM. Identificarán las acciones que realiza la familia y los profesionales de la salud en el tratamiento del DCL en la PAM.			
<b>Número de sesiones</b>	1	<b>Duración de la sesión</b>	70 minutos	
<b>Objetivo de la sesión</b>	Que los asistentes: Identifiquen las características del DCL en la PAM. Identifiquen el diagnóstico del DCL en la PAM. Identifiquen el tratamiento DCL en la PAM. Identifique el rol del médico en el tratamiento de la PAM. Identifiquen su papel como cuidador.			
<b>Técnicas y procedimientos</b>	<b>Actividades por realizar por la psicóloga</b>	<b>Actividades por realizar del asistente</b>	<b>Material de apoyo</b>	<b>Formas de evaluación</b>
1. Psicoeducación 2. Información	<i>Al inicio:</i> Bienvenida Lista de asistencia Presentación. Lineamientos de convivencia e introducción al programa. <i>Contenido:</i> Desarrollo del tema Mostrar video. Resolver dudas. Conclusiones y cierre.	1. Responder el cuestionario inicial. 2. Proporcionar retroalimentación. 3. Hacer las actividades solicitadas por la psicóloga. 4. De tener dudas, realizarlas.	1. Computadora con acceso a internet. 2. Página Web. 3. Presentación del tema. 4. Video 5. Infografías 6. Manual	Los asistentes:  1. Responderán el cuestionario A y acreditarán con tres aciertos de los cinco.  2. Responder el cuestionario B y acreditarán con tres aciertos de los cinco.

---

## Módulo 2. Estrés en el cuidador de la PAM con DCL

---

En la unidad dos, los participantes identificarán el concepto de estrés y practicarán la técnica de respiración diafragmática, con la finalidad de implementarla en las situaciones dónde experimenten estrés. Conjuntamente se les proporcionarán recomendaciones de autocuidado y la técnica de programación de actividades (ver Tabla 23 y 24).

### Tabla 23

#### *Contenido del módulo 3*

<i>Estrés en el cuidador de la PAM con DCL.</i>	<b>Modalidad</b>	
	<b>Teórico</b>	<b>Práctico</b>
1. Características del estrés.	X	
2. Estrés en cuidadores de la PAM.	X	
3. Principios de la respiración diafragmática.	X	
4. Respiración diafragmática.	X	X
5. Recomendaciones de autocuidado.	X	
6. Programación de actividades.	X	X

**Duración:** 1 hora y 30 minutos.

---



**Tabla 24**

*Carta descriptiva del Módulo 2*

<b>Módulo 2: Estrés en el cuidador de la PAM con DCL.</b>				
<b>Objetivo del módulo</b>	Los asistentes: Implementarán la técnica de respiración diafragmática para disminuir su nivel de estrés. Identificarán recomendaciones de autocuidado para disminuir su nivel de estrés. Identificarán la técnica de programación de actividades.			
<b>Número de sesiones</b>	1	<b>Duración de la sesión</b>	1 hora y 30 minutos	
<b>Objetivo de la sesión</b>	Los asistentes: Identificarán qué es el estrés Identificarán los beneficios de la respiración diafragmática Implementarán la técnica de relajación: respiración diafragmática Identificarán recomendaciones de autocuidado			
<b>Técnicas y procedimientos</b>	<b>Actividades por realizar por la psicóloga</b>	<b>Actividades por realizar por los asistentes</b>	<b>Material de apoyo</b>	<b>Formas de evaluación</b>
1. Psicoeducación del estrés y respiración.	<i>Al inicio:</i> Bienvenida. Lista de asistencia <i>Contenido:</i>	1. Mantener la atención del tema.	1. Computadora.	Los asistentes:
2. Respiración diafragmática.	1. Desarrollo del concepto de estrés	3. Realizar comentarios y preguntas a la psicóloga.	2. Acceso a internet.	1. Responderán el cuestionario E y acreditarán con tres aciertos de los cinco.
3. Información de autocuidado.	2. Explicación de los principios de la respiración diafragmática.	4. Practicar la técnica de relajación.	3. Presentación del tema. 4. Video de la respiración diafragmática.	
			5. Infografías	

- 
- |   |  |   |           |
|---|--|---|-----------|
| 4. Psicoeducación de programación de actividades. | 3. Instrucciones y ejemplo para realizar la respiración diafragmática. | 5. Realizar su organización de actividades. | 6. Manual |
|   | 4. Reproducir el video.  | 6.  |           |
|   | 5. Ejercicio de respiración diafragmática.                             |   |           |
|   | 6. Solicitar retroalimentación.  |   |           |

Descanso de 5 minutos

1. Proporcionará recomendaciones de autocuidado.
  2. Moderar la dinámica: Programación de actividades para el cuidador. Se solicitará a los asistentes realicen un horario donde indiquen las horas de cuidado y de descanso, en los tiempos asignados a descansar escribirán una actividad que disfruten.
  3. Asignación de actividades para el hogar.
  4. Cierre y conclusiones.
-

---

### Módulo 3. Estrategias en soluciones de problemas

---

En el presente módulo (ver tabla 25) los participantes aprenderán e implementarán las estrategias de solución de problemas con el objetivo de proveer a los cuidadores de recursos para buscar alternativas a las situaciones generadoras de estrés (ver tabla 26)

**Tabla 25**

*Contenido del módulo 3*

<i>Estrategias en soluciones de problemas</i>	<b>Modalidad</b>	
	<b>Teórico</b>	<b>Práctico</b>
1. Beneficios de la técnica de solución de problemas para disminuir el estrés.	X	
2. Definición del problema.	X	X
3. Generación de alternativas.	X	X
7. Toma de decisión.	X	X
8. Implementación de la alternativa.	X	X
9. Valoración de los resultados.	X	X
10. Autoinstrucciones.	X	
	X	
<b>Duración:</b> 1 hora 40 minutos.		

**Tabla 26**

Carta descriptiva del Módulo 3

<b>Módulo 3:</b> Estrés en el cuidador de la PAM con DCL.				
<b>Objetivo del módulo</b>	Los asistentes: Implementarán estrategias en solución de problemas para disminuir su nivel de estrés. Identificarán la técnica de autoinstrucciones para la solución de problemas.			
<b>Número de sesiones</b>	1	<b>Duración de la sesión</b>	1 hora 40 minutos	
<b>Objetivo de la sesión</b>	Los asistentes: Identificarán el paso delimitación del problema de la técnica solución de problemas. Identificarán el paso generación de alternativas de la técnica solución de problemas. Identificarán el paso toma de decisiones de la técnica solución de problemas. Identificarán el paso implementación y verificación de resultados de la técnica solución de problemas. Identificarán los componentes de la técnica de autoinstrucciones.			
<b>Técnicas y procedimientos</b>	<b>Actividades por realizar por la psicóloga</b>	<b>Actividades por realizar por los asistentes</b>	<b>Material de apoyo</b>	<b>Formas de evaluación</b>
1. Psicoeducación de solución de problemas.	<i>Al inicio:</i> Bienvenida Lista de asistencia. <i>Contenido:</i>	1. Mantener la atención del tema.	1. Computadora con acceso a internet.	Los asistentes:  1. Responderán el cuestionario F y acreditarán con tres aciertos de los cinco.  2. Responderán el cuestionario G y acreditarán con tres aciertos de los cinco.
2. Psicoeducación de autoinstrucciones.	1. Desarrollo de la técnica en solución de problemas en cuatro pasos: 2. Definición de problema. 3. Generación de alternativas. 4. Toma de decisiones. 5. Implementación y verificación de resultados. 6. Descanso de 5 minutos.	2. Realizar preguntas respecto al tema.  3. Hacer las actividades.	2. Presentación del tema.  3. Infografías  4. Manual	

---

7. Explicación de la técnica  
autoinstrucciones.

Al final: cierre y conclusiones.

---

---

#### Módulo 4. Estrategias conductuales para favorecer la memoria y atención de la PAM con DCL

---

Este último módulo contiene estrategias conductuales que favorecen la atención y memoria de la PAM con DCL (ver Tabla 27). Las técnicas se dirigen al cuidador para que él las implemente con el paciente geriátrico. Debido a la amplitud del tema se divide en dos sesiones (ver tablas 28 y 29).

#### Tabla 27

##### Contenido del módulo 4

<i>Estrategias conductuales para favorecer la memoria y la atención de la PAM con DCL.</i>	<b>Modalidad</b>	
	<b>Teórico</b>	<b>Práctico</b>
1. Estrategias conductuales de entrenamiento a la memoria.	X	
1.1 Programación de actividades.	X	
1.2 Control de estímulos para la memoria corto plazo.	X	
1.3 Control de estímulos para la memoria semántica.	X	
1.4 Control de estímulos para la memoria episódica.	X	
2. Estrategias conductuales para favorecer la atención.	X	
2.1 Control de estímulos para la atención selectiva.	X	
2.2 Control de estímulos para la atención sostenida.	X	
3. Estrategias conductuales para regular el ciclo de sueño.	X	

---

**Duración:** 1 hora 40 minutos.

---

**Tabla 28**

*Carta descriptiva de la primera sesión del módulo 4*

<b>Módulo 4: Estrategias conductuales para el DCL</b>				
<b>Objetivo del módulo</b>	Los asistentes: Identificarán estrategias conductuales para el favorecer de la memoria de la PAM con DCL. Identificarán estrategias conductuales para favorecer la atención de la PAM con DCL. Identificarán estrategias conductuales para favorecer la orientación de la PAM con DCL.			
<b>Número de sesiones</b>	2	<b>Duración de la sesión</b>	60 minutos	
<b>Objetivo de la sesión</b>	Los asistentes: Identificarán la estrategia “programando actividades del día a día” Identificarán la estrategia “registro de citas y eventos” Identificarán la estrategia “preservando recuerdos” Identificarán la estrategia “recordando dónde encontrar las cosas”			
<b>Técnicas y procedimientos</b>	<b>Actividades por realizar por la psicóloga</b>	<b>Actividades por realizar por los asistentes</b>	<b>Material de apoyo</b>	<b>Formas de evaluación</b>
1. Psicoeducación.	Al inicio: Bienvenida Lista de asistencia Introducción del tema, comentar la actividad que se dejó en casa en la sesión anterior.  Contenido: 1. Explicar el procedimiento de las estrategias que favorecen la memoria y atención de la PAM. 2. Mostrar video.	1. En la introducción platicar la tarea. 2. Escuchar y atender las explicaciones del ponente acerca de las estrategias.	1. Computadora con acceso a internet. 2. Presentación del tema. 3. Video. 4. Infografías 5. Manual	Los asistentes:  1. Responderán el cuestionario C y acreditarán con tres aciertos de los cinco.

---

3. Durante la sesión  
resolver dudas.

4. Generar intercambio de  
ideas entre los  
asistentes.

Al final:

6. Cierre y conclusiones.

---



**Tabla 29**

Carta descriptiva de la segunda sesión del módulo 4

<b>Módulo 4: Estrategias conductuales para el DCL en PAM.</b>				
<b>Objetivo del módulo</b>	Los asistentes: Identificarán estrategias conductuales para favorecer la atención de la PAM con DCL. Identificarán estrategias conductuales para favorecer la memoria de la PAM con DCL. Identificarán estrategias conductuales para favorecer la orientación de la PAM con DCL			
<b>Número de sesiones</b>	2	<b>Duración de la sesión</b>	60 minutos	
<b>Objetivo de la sesión</b>	Los asistentes: Identificarán la estrategia “hacer un diario” Identificarán la estrategia “toma de medicamentos” Identificarán la estrategia “actívate durante el día, duerme por la noche”			
<b>Técnicas y procedimientos</b>	<b>Actividades por realizar por la psicóloga</b>	<b>Actividades por realizar por los asistentes</b>	<b>Material de apoyo</b>	<b>Formas de evaluación</b>
1. Información	<i>Al inicio:</i> Bienvenida Lista de asistencia	1. Durante la introducción mencionar la actividad que hicieron en casa.	1. Computadora portátil.	Los asistentes:  1. Responderán el cuestionario D y acreditarán con tres aciertos de los cinco.
2. Control de estímulos	Introducción a la sesión ofrecer retroalimentación de la tarea. <i>Contenido:</i> 1. Explicar las estrategias conductuales de atención.  <i>Al final:</i> 2. Pedir a los asistentes utilizar	2. Atender las explicaciones de las estrategias. 3. Hacer las actividades que propone la psicóloga.  4. Indicar sus dudas.	2. Proyector o a acceso internet. 3. Presentación del tema. 4. Video: 5. Infografías 6. Manual	

---

las técnicas. Cierre  
y conclusiones.

---

## Anexo 2. Formularios de evaluación

### Cuestionario de Percepción de Estrés

(Adaptación de Rojas, 2001)

**Instrucciones:** Lea cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas, considere para sus respuestas solamente lo que haya ocurrido en el último mes, marque en la columna derecha el número que mejor describa su situación de acuerdo con la escala que se presenta a continuación.

- 0. Nunca
- 1. Casi nunca
- 2. Algunas veces
- 3. Frecuentemente
- 4. Siempre

1. ¿Con qué frecuencia se sintió alterado (a) por la ocurrencia de eventos inesperados?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia se sintió que no era capaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se sintió nervioso (a) o estresado (a)?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia se sintió confiado en su habilidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
5. ¿Con qué frecuencia se sintió que las cosas resultaron como las planeo?	0	1	2	3	4
6. ¿Con qué frecuencia se sintió capaz de controlar sus emociones (enojo, tristeza, ansiedad, etc.)?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia se dio cuenta que no podía llevar a cabo todo lo que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
8. ¿Con qué frecuencia sintió que tenía las cosas bajo control?	0	1	2	3	4
9. ¿Con qué frecuencia se enojó por cosas que estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia sintió que las dificultades aumentaban al grado de no poder resolverlas?	0	1	2	3	4

## Escala de estrategias de enfrentamiento

(Alfaro, 2001)

Nombre:

Fecha:

**Instrucciones:** las siguientes son afirmaciones sobre lo que la gente generalmente hace o piensa en situaciones de crisis. Lea las afirmaciones y marque con una "X" el casillero que corresponda a su propia forma de enfrentar sus dificultades. Por favor, revise que no haya dejado sin contestar ninguna afirmación.

	No	Un poco	Bastante	Muchísimo
1. Buscar información sobre el problema				
2. Buscar lo positivo del problema				
3. Ser optimista para salir adelante				
4. Continuar con mi vida normal				
5. Inspirarme para hacer algo creativo				
6. Conseguir ayuda profesional				
7. Cambiar o crecer como persona en el sentido positivo				
8. Hacer un plan de acción y seguirlo				
9. Dejar que mis sentimientos salgan de alguna manera positiva				
10. Hablar con otra gente para saber más acerca de la situación				
11. Responsabilizarme de mis actos				
12. Salir de la experiencia mejor que cuando entré				
13. Hablar con alguien que pueda hacer algo específico sobre el problema				
14. Tener esperanza en la vida				

15. Encontrar fe en algo nuevo				
16. Prepararme para lo peor				
17. Descubrir lo que es importante en la vida				
18. Buscar a alguien a quien confiarle mi problema				
19. Buscar grupos de auto-apoyo				
20. Resignarme a la situación				
21. Mantenerme firme y luchar por lo que quiero				
22. Relajarme				
23. Participar en movimientos que promueven los derechos				
24. Buscar nuevas alternativas de curación para mi familiar				
25. Hacer algo, esforzarme doblemente para que funcionen las cosas				
26. Evitar situaciones estresantes				
27. Hacer algún tipo de ejercicio				
28. Meditar				

*Por favor, responda la siguiente pregunta. En los momentos y/o situaciones que se siente con estrés ¿Qué haces para afrontarlo?*

## FORMULARIO PARA CUIDADORES

Estimado participante, este formulario tiene el objetivo de recolectar información acerca del cuidado hacia la persona adulta mayor. Los datos que proporcione son confidenciales y únicamente con fines de investigación. No hay respuestas correctas o incorrectas por lo que le pedimos responda cada apartado con la mayor sinceridad.

Antes de comenzar, por favor indique ¿Accede a ser participante?:

Sí acepto ( ) No acepto ( )

Instrucciones: Lea cada uno de los incisos y selecciona una de las opciones.

### DATOS DEL CUIDADOR

1) Edad:

2) Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )

3) Nivel máximo de estudios (concluidos):

Sin estudios ( ) Sabe leer y escribir ( ) Primaria ( ) Secundaria ( )

Técnico/ Bachillerato ( ) Universidad ( ) Posgrado ( )

4) Estado Civil:

Soltero(a) ( ) Noviazgo ( ) Casado(a) ( ) Unión libre ( ) Viudo(a) ( ) Divorciado(a) ( )

Otro \_\_\_\_\_

5) Ocupación:

Trabajo ( ) Hogar ( ) Cuidado ( ) Otro \_\_\_\_\_

6) Reside en:

Ciudad de México ( ) Alcaldía: \_\_\_\_\_ Estado de México ( ) Municipio: \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

7) ¿Cuál es su parentesco con la persona adulta mayor que cuida?

8) ¿Cuántos años y meses lleva cuidando a la persona adulta mayor?

9) ¿Cuántas horas al día dedica al cuidado de la persona adulta mayor?

10) ¿Cuántos días a la semana se ocupa de cuidar a la persona adulta mayor?

11) ¿Cuántas personas colaboran en el cuidado de la persona adulta mayor?

12) ¿Qué tipo de apoyos recibe de otras personas para cuidar a la persona adulta mayor? Puede seleccionar más de una opción.

Despensa y comida ( )

Apoyo económico ( )

Limpieza del hogar ( )

Otro: \_\_\_\_\_

13) De las siguientes actividades seleccione en cuáles apoya a la persona adulta mayor. Puede seleccionar más de una.

### **Instrumentales**

Hacer de comer ( ) Compras ( ) Limpieza ( ) Finanzas ( ) Otra:

### **Básicas**

Apoyo en:

La movilidad ( ) El baño ( ) La alimentación ( ) Para vestirse ( ) Otras:

### **Estrés**

De las siguientes situaciones seleccione cuáles le han generado estrés en el último mes.

14) No contar con el apoyo de otra persona para cuidar a la persona adulta mayor.

15) Tener poco apoyo de familiares para cuidar a la persona adulta mayor.

16) Acumulación de actividades y tareas.

17) No tener suficiente información acerca del deterioro cognitivo en la persona adulta mayor.

18) No saber qué cuidados tener con la persona adulta mayor.

19) Considerar difícil la labor de cuidar de la persona adulta mayor.

20) Dificultad para comunicarse con la persona adulta mayor.

21) No tener tiempo para sus actividades personales.

22) Dificultad para cubrir los gastos de la persona adulta mayor.

Datos de Contacto

Correo electrónico

Número de celular



## DATOS DE LA PERSONA ADULTA MAYOR

Con la finalidad de conocer más acerca de las características demográficas de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve. En el presente apartado se le solicita información de la persona adulta mayor al que cuida. No olvide que los datos proporcionados de ninguna manera serán divulgados a terceras personas.

**Por favor, responda las siguientes preguntas con la información de la persona adulta mayor que cuida.**

1) Edad:

2) Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )

3) Nivel máximo de estudios (concluidos):

Sin estudios ( ) Sabe leer y escribir ( ) Primaria ( ) Secundaria ( )

Técnico/ Bachillerato ( ) Universidad ( ) Posgrado ( )

4) Estado Civil:

Soltero(a) ( ) Noviazgo ( ) Casado(a) ( ) Unión libre(a) ( ) Viudo(a) ( ) Divorciado(a) ( )

Otro \_\_\_\_\_

5) Ocupación:

Trabajo remunerado ( )

Hogar ( )

Cuidado ( )

Otro \_\_\_\_\_

6) Con quién vive

7) Anote su diagnóstico médico de enfermedades

8) ¿Tiene diagnóstico médico de deterioro cognitivo leve?

9) Por favor indique, cuántos años tiene con el diagnóstico de deterioro cognitivo leve

10) ¿Toma medicamentos para el deterioro cognitivo leve?

11) Si toma medicamentos para el deterioro cognitivo leve, por favor, escriba cuáles

12) Ha realizado algunas de las siguientes actividades para mejorar su memoria y atención.  
Puede seleccionar más de una opción.

Crucigramas y sopa de letras ( )

Lecturas ( )

Juegos de mesa como ajedrez ( )

Anotar las cosas en una libreta para no olvidarlas ( )

Letreros que indica dónde deja las cosas ( )

Organizar las actividades en una agenda ( )

Otra:

**¡Gracias por sus respuestas!**

### Anexo 3. Consentimiento Informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**  
**Programa de Maestría y Doctorado en Psicología**  
**Residencia en Medicina Conductual**



\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Lugar

Día / Mes / Año

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado (a) participante: Por favor lea con atención el siguiente formato, si tiene alguna duda puede aclararla con la psicóloga a cargo.

La Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Residencia en Medicina Conductual sede FES Iztacala, le ofrece participar voluntariamente en **el programa psicoeducativo en línea: ESTRÉS EN CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE** a cargo de la psicóloga Shari Thelma Ortega Pineda, quien actualmente está cursando estudios de posgrado en Psicología.

Este programa se basa en una relación participante- facilitador quienes trabajan en colaboración en la búsqueda de un objetivo común: favorecer la adquisición de estrategias psicológicas para la modificación del comportamiento y estilo de vida.

Antes de decidir iniciar su participación, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como participante. El proceso de trabajo en este programa r inicia con la evaluación, en la cual se recolectan datos que permiten identificar áreas de trabajo concretas; posteriormente se proporcionan diversos materiales y ejercicios elaborados desde el enfoque cognitivo-conductual. Su participación en el programa está considerada durante cinco días aproximadamente.

El programa se brindará a través de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) utilizando aparatos electrónicos para el fin expuesto, a partir de diversas plataformas (redes sociales, Zoom®, Gmail®, Meet®, Microsoft Teams®, entre otras).

Durante su participación obtendrá beneficios, sin embargo, también se pueden presentar riesgos e incomodidades, debido a que en los contenidos del programa se abordan temas delicados que le pueden provocar respuestas emocionales de tristeza, enojo, llanto, entre otros; para que el facilitador le pueda brindar una adecuada retroalimentación y se obtengan resultados favorables es necesario que proporcione toda la información que se le solicite de forma veraz y confiable. Por otro lado, al hacer uso de las TIC también puede haber riesgos como comunicación intermitente, lentitud o fallas en la conexión.

Es importante considerar que la participación de programa en línea presenta los mismos beneficios de la modalidad presencial como mejorar la calidad de vida, disminuir el malestar emocional y adquisición de estrategias para la modificación del comportamiento. Adicionalmente, la modalidad a distancia promueve ciertas ventajas tales como: disposición de tiempo dentro del horario de atención, atención a medidas sanitarias y evitar desplazamiento a un consultorio físico.

La decisión de participar en el programa es completamente voluntaria, destacando la importancia del cumplimiento en la revisión de contenidos y en la realización de los ejercicios sugeridos. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar participar. Si decide hacerlo, puede retirarse en el momento que lo desee, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, las cuales serán respetadas en su integridad.

La información de sus datos personales es de carácter confidencial; no serán divulgados a terceros ajenos, ni su identidad. En el caso de que su información fuera utilizada con fines de investigación se eliminará cualquier fuente de información de identificación personal, respetando su derecho a la confidencialidad de la información. Para una revisión exhaustiva del uso de datos personales, le invitamos a consultar el Aviso de Privacidad Integral de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, en el enlace <https://www.iztacala.unam.mx/ap.php>.

Finalmente, cabe mencionar que su participación en este programa es completamente gratuita, en ningún momento se le solicitará alguna remuneración económica o material.

Yo, \_\_\_\_\_ acepto la evaluación e intervención psicológica señalada en el presente escrito. A su vez, expreso que se me proporcionó información sobre el derecho de poder retirarme del programa y todas mis dudas han sido aclaradas.

---

Nombre completo y firma del participante

Número de teléfono para localizarlo en caso de ser necesario: \_\_\_\_\_.

Acepto: \_\_\_\_\_ No acepto: \_\_\_\_\_

Contacto: Lic. Psic. Shari Thelma Ortega Pineda

Ced. Prof. 10728139

Correo electrónico: [estres.cuidadores@gmail.com](mailto:estres.cuidadores@gmail.com)

[412022043@iztacala.unam.mx](mailto:412022043@iztacala.unam.mx)