

Guía De Práctica Clínica Psicológica En Sobrecarga Del Cuidador
Informal Del Adulto Mayor Dependiente

Ana Maria Salazar (Docente)

Saida Elena Puello-Marin; Andrea Salazar Hernández

Universidad El Bosque

Especialización Psicología Médica Y De La Salud

Bogotá D.C., Junio de 2019

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO DE GRADO**

NOTA DE SALVEDAD

La Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque informa que los conceptos, datos e información emitidos en el trabajo de grado titulado:

**Guía de práctica clínica psicológica para la sobrecarga del
cuidador informal del adulto mayor dependiente**

Presentado como requisito para optar por el título de Especialista en Psicología Médica y de la Salud, son responsabilidad de los autores quienes reconocen ante la Universidad que éste trabajo ha sido elaborado de acuerdo con los criterios científicos y éticos exigidos por la disciplina y la Facultad.

Agradecimientos

Agradecimientos especiales a la asesora de tesis la Dra. Ana María Salazar y al grupo que contribuyo al desarrollo de la presente guía.

Tabla de contenido

Capítulo primero	2
Introducción	2
Justificación	4
Objetivo general	7
Objetivos específicos	8
Capítulo segundo	9
Cuidador del adulto mayor	9
Capítulo tercero	17
Método	17
Tipo de investigación	17
Procedimiento	17
Consideraciones éticas	20
Capítulo cuarto	22
Resultados	22
Formulación de preguntas	22
Definición y graduación de desenlaces.	23
Desarrollo de Novo.	24
Planeación de la revisión.	24
Diseño de protocolo de validación	28
Análisis cualitativo de la información recolectada en los grupos focales	28

Capítulo quinto	30
Discusión	30
Referencias	32

Lista de tablas

Tabla 1	24
<i>Escala para la valoración de desenlaces</i>	
Tabla 2	25
<i>Niveles de evidencia para estudios de terapia (NICE)</i>	
Tabla 3	26
<i>Grados de recomendación para estudios de terapia (NICE)</i>	
Tabla 4	28
<i>Niveles de evidencia para estudios diagnostico (NICE)</i>	
Tabla 5	28
<i>Grados de recomendación para estudio diagnostico</i>	

Lista de apéndices

Apéndice A

Protocolo de validación

Apéndice B

Guía de práctica clínica Psicológica- Preguntas, evidencia y recomendaciones

Guía De Práctica Clínica Psicológica Para La Sobrecarga Del Cuidador Informal Del Adulto Mayor Dependiente

Ana Maria Salazar¹, Elena Puello-Marin²; Andrea Salazar-Hernandez²

Resumen

El presente trabajo se construye basado en tres investigaciones previas desarrolladas por Lisseth Patricia Gomez (2015), Julie Solano y Lina Paredes (2016) y Maria Castellanos (2017), basándose en estas se diseña la presente guía de práctica clínica psicológica en sobrecarga del cuidador informal del adulto mayor dependiente, la cual tiene como objetivo brindar indicaciones de práctica clínica basada en la evidencia, a partir del diseño de la guía, la evaluación de evidencia científica, el desarrollo de grupos focales y análisis cualitativo para la construcción de esta.

Palabras clave: cuidadores (SC 07715), cuidado del adulto mayor (SC 16364)

Abstract

This work is built based on three previous research carried out by Lisseth Patricia Gomez (2015), Julie Solano, Lina walls (2016) and Maria Castellanos (2017), based on these is designed this guide of clinical psychological practice in of the dependent elderly informal caregiver burden, which aims to provide indications for clinical practice based on the evidence, from the design of the Guide, assessment of scientific evidence, the development of focus groups and analysis qualitative construction of this.

Key words: caregivers (SC 07715), care of the elderly (SC 16364)

1 Psicóloga. PhD. Neurociencias y dolor. Directora del trabajo de grado. Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque

2 Psicólogas que optan por el título de Especialista en Psicología médica y de la salud. Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque.

Capítulo primero

Introducción

La salud mental integra una amplia gama de actividades, que se encuentran directa o indirectamente relacionadas con la estabilidad del ser humano, en donde se incluye estados de bienestar tanto físico, como social y psicológico, razón por la cual, la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas, requieren fomentar intervenciones transversales al ciclo vital (Organización mundial de la salud [OMS], 2013). Una inadecuada intervención, traerá consigo secuelas tanto para los individuos, sus familias, la sociedad y los sistemas de salud; por lo cual, una de las necesidades más sentidas en los procesos de salud y enfermedad, es proponer intervenciones eficaces que logren dar respuesta a las necesidades de bienestar de los individuos, las sociedades y los sistemas de salud. Esta tesis aborda el fenómeno de la sobrecarga en cuidadores informales, dando respuesta a esta necesidad sentida.

La sobrecarga de cuidadores según Dillehay y Sandys (1990) como se citó en Chávez, Fandiño, Mora y Aguirre (2015) es definida como “el estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar a un enfermo” (p. 268); este fenómeno de enfermedad ha ido en aumento debido a la situación de envejecimiento poblacional mundial en el que vivimos, tan solo en Colombia, se ha reportado una prevalencia de 47 % de sobrecarga. Por otro lado, también se ha notado un aumento en el tiempo que los familiares dedican al cuidado; un ejemplo de ello se evidencia en lo descrito por la Encuesta Nacional sobre el uso del tiempo, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en la cual se estimó que para el año 2009 “7, 881, 223 de

Habitantes dedicaban su tiempo a brindar cuidados a integrantes del hogar que necesitaban apoyo con un promedio de horas totales dedicadas de 182, 714,334.” (Vega, Gallegos, Xequé, Juárez y Perea, 2014, p. 3-4); situación que puede contribuir a la aparición de esta enfermedad.

El proceso de sobrecarga ha sido explicado por diferentes modelos, uno de ellos es el modelo de estrés adaptado al cuidado propuesto por Lazarus y Folkman (1984), quienes consideran que, el acto de cuidar a otro conlleva una carga psicológica generadora de estrés; este estrés crea una situación que sobrepasa el bienestar del individuo, lo cual es una manifestación de la relación particular entre la persona y el entorno de cuidar (Brannon y Feist, 2001; García, Manquían y Rivas, 2016). El estrés es el resultado de una evaluación de daño/pérdida, de amenaza o de desafío, En donde el sujeto evalúa hechos consumados, los anticipa, y se mueve entre la posibilidad de perder o ganar. Muchos factores personales influyen en esta evaluación, por ejemplo, las motivaciones, compromisos, creencias, y expectativas (Oblitas, 2004).

Por otro lado, las consecuencias en la salud mental, que trae consigo la sobrecarga, han sido ampliamente descritas, algunas de ellas, son depresión y la ansiedad, entre otras; pese a ello, los programas de atención psicológica a cuidadores con sobrecarga, son escasos o poco estructurados. (Cardona, Segura, Bebersí y Agudelo, 2013; López-Martínez, Frías-Osuna y del-Pino-Casado, 2017), razón por la cual, un gran número de psicólogos clínicos tienen dificultades al momento de abordar e intervenir a un paciente con sobrecarga, especialmente debido a la complejidad de la enfermedad.

A partir de lo descrito anteriormente, surge la necesidad de proporcionar una herramienta que le permita al psicólogo, tener lineamientos clínicos basados en la evidencia, que oriente su quehacer, tanto en la evaluación como en los procesos de intervención de la sobrecarga de cuidadores.

El objetivo del presente estudio es el diseño de una Guía de Práctica Clínica Psicológica para la evaluación e intervención de sobrecarga en cuidador informal del adulto mayor dependiente.

El diseño de esta guía tiene como antecedentes tres fases de investigación orientadas a: revisión de antecedentes e instrumentos de evaluación en sobrecarga del cuidador, ruta de intervención y propuesta preliminar sobre guía de práctica clínica psicológica y, revisión de tratamientos basados en la evidencia para sobrecarga del cuidador. Siendo estas la base principal para el diseño de la Guía de Práctica Clínica Psicológica (GPCP).

Justificación

Según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, la transición demográfica de la estructura etaria en Latinoamérica y el Caribe cambiara para el año 2052, la población de 60 años y más será superior a los jóvenes, adultos jóvenes y adultos, teniendo sociedades envejecidas, las cuales varían de acuerdo a la heterogeneidad de cada país; las estimaciones para el año 2060 mencionan que el 30% de la población de América Latina y el Caribe será de la tercera edad, llegando a 234 millones de adultos mayores (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2017).

Bajo este cambio demográfico, según el Banco Mundial (2011), América Latina ha dispuesto de 250 millones de dólares para responder al envejecimiento en sector privado, sin embargo, en el futuro, el crecimiento económico será difícil en países con altas tasas de envejecimiento, por lo que se espera baja cobertura de las necesidades en esta población, especialmente en atención en salud y pensiones. Tal y como lo mencionan Lee y Mason (2017), el presupuesto público sobrelleva el mayor costo total, en programas de salud jubilatorios de las personas mayores, y en atención a largo plazo, así el crecimiento del presupuesto interno bruto (PIB) se desacelera, el costo social aumenta y los presupuestos públicos se ven afectados, situación que hace indispensable la creación de políticas y de instituciones que se adapten a tales cambios demográficos, con el objetivo de proteger el futuro social y económico de cada país.

Por otro lado, entidades como la OMS (OMS, 2017) también evidencian el crecimiento acelerado de la población envejecida, estimando que entre el año 2015 y 2050 la población adulto mayor (con más de 60 años) tendrá un aumento de 900 millones a 2000 millones (12% al 22%), obtenido una razón de cinco adultos mayores por cada persona. En ese sentido, la OMS (2017), asume que éste aumento poblacional de envejecimiento, probablemente se relacionará con mayores

Índices de discapacidad especialmente en adultos mayores de 80 años, pues el aumento de la edad trae consigo dependencia sobre cuidados básicos, por lo tanto, requiere mayores niveles de asistencia social, que incluye la atención por parte de cuidadores tanto formales como informales (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro, 2004; OMS, 2015; Organización Panamericana de salud [OPS], 2015). Cuidador se entiende como aquella persona que dedica la mayor parte del tiempo, medido en número de horas al día, al cuidado, considerándolo como el responsable de los cuidados de salud y hábitos de vida de dicha persona (Roig, Abengózar y Sierra, 1998; Úbeda, Roca y García, 1998). Se debe tener en cuenta que el cuidador informal es la persona sin formación profesional para el cuidado, es decir, familiares, amigos, personas de la red social inmediata del anciano, y que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen (Ruíz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012). El cuidador informal que no recibe atención ni acompañamiento profesional presenta vulnerabilidad psicológica y social, debido a inadecuadas formas de afrontamiento por parte del cuidador hacia el oficio del cuidado, y a la falta de conocimientos y herramientas desde el ámbito profesional, lo que ocasiona consecuencias en la salud y estilo de vida del cuidador, y malas prácticas de cuidado al adulto mayor (Cerquera y Galvis, 2014).

Dentro de las consecuencias en la salud física que trae consigo la labor de cuidado se encuentran: insomnio o sueño no reparador, fatiga crónica, dolores de cabeza (jaquecas), dolor corporal, temblor fino, problemas gástricos, disnea respiratoria, arritmias cardíacas y palpitaciones, sudoraciones y vértigos, alergias inmotivadas, cefalea tensional, aumento de la tensión arterial, tensión muscular, niveles bajos de energía y trastornos del apetito (Burton, Newson, Schulz, Hirsch y German, 1997; Fuller-Jonap y Haley, 1995; Peco, 2010; Rodríguez, 2004). Las consecuencias a nivel psicológico son: consumo de fármacos psicotrópicos como el café, tabaco, alcohol, o/y ansiolíticos e hipnóticos en exceso, depresión, ansiedad generalizada, fatiga y hostilidad, sentimientos de culpa e indefensión, frustración, ira, negación de la necesidad de ayuda, sentimientos de soledad, sobre implicación emocional con el enfermo, hipocondría y otras ideas obsesivas, irritabilidad hacia el enfermo u otras personas, angustia, presentación de ideas suicidas, y descuido en autocuidado, entre otras (Aramburu, Izquierdo y Romo, 2001; Beeson,

Horton-Deutsch, Farran y Neundorfer, 2000; DeKosky y Orgogozo, 2001; Irwin et al., 1997; King y Brassington, 1997; Moreno, Arango y Rogers, 2010; Rodríguez, 2004).

Las consecuencias a nivel social que se han evidenciado son: reducción del tiempo de ocio, deterioro en las relaciones interpersonales y reducción o abandono de jornada laboral por dedicación al cuidado, y finalmente una disminución de ingresos y aumento de los gastos derivados de los cuidados (Beach, Schulz, Yee y Jackson, 2000; Colectivo IOE, 1998; Instituto de Mayores y Servicios sociales [IMSERSO], 2005; Kaplan, 1982; Rodríguez, 2004; Schoenmakers, Buntinx y Delepeleire, 2010; Semple, 1992; Strawbridge y Wallhaben, 1991).

En cuanto a quienes son los cuidadores informales, según la OMS (2015), se sabe que ejercen mayormente esta labor las mujeres con un vínculo familiar, amigas o vecinas, en su mayoría son las esposas, hijas, o nueras, con edades entre los 45 a 75 años, únicas cuidadoras, dedicadas a trabajos del hogar (Montalvo y Flórez, 2008; López y Crespo, 2007). Autores como Segura, Peña y Gonzales (2014) y Espín (2008) expresan que el rol de cuidado es mayormente ejercido por las mujeres, ya que existe un componente que está determinado fundamentalmente por factores culturales que le han asignado a la mujer el rol de cuidar.

Esta situación de rol de género asociada al cuidado, también se ha visto evidenciada en países como Colombia, entidades estatales como el Ministerio de Salud y Protección Social (2016) refiere en la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), que el 83,9% de los cuidadores informales son mujeres. Autores como Aldana y Guarino (2012) concuerdan que esto pone al grupo poblacional femenino en riesgo para afecciones físicas y psicológicas asociadas a su labor de cuidado, lo cual evidencia la necesidad de un abordaje terapéutico con enfoque de género; esto debido a que algunos estudios han demostrado que las mujeres por predisposición biológica y psicológica tienen de dos a tres veces más probabilidades de enfermarse experimentando trastornos de ansiedad y depresión, trastornos alimenticios, y problemas de salud física y mental, asociada al cuidado (American Psychological Association [APA], 2007).

Por otro lado, las investigaciones e intervenciones en sobrecarga, se han centrado en la psicoeducación hacia el cuidado del adulto mayor, dejando de lado la salud del cuidador y las posibles consecuencias tanto en salud física, psicológica y social del cuidar.

Evidencia de esto se muestra en las intervenciones propuestas por Brodaty, Green y Koschera (2003), Carretero, Garcés y Ródenas (2006), Kaplan (1982), Losada, Montorio, Fernandez y Márquez (2005), Pinto, Barrera y Sanchez (2005) entre otros, en las cuales se presentan intervenciones superficiales, cortas, sin seguimiento, de bajo alcance y sin evidencia científica.

En este sentido, una de las herramientas más usadas para el tratamiento de diferentes afectaciones en la salud, son las guías de práctica clínica. Las guías de práctica clínica tienen un papel relevante como herramienta de apoyo, facilitando las disposiciones diagnósticas y terapéuticas, frente a la gran variabilidad de estilos en la práctica clínica, pues requiere del uso de intervenciones que favorezcan al paciente, por lo que es necesaria la efectividad en dichos procesos. Uno de los recursos que impacta en este juicio es el uso de guías de práctica clínica diseñadas para agilizar y darle confiabilidad y validez a los métodos asistenciales en salud. En consecuencia, las guías de práctica clínica se han convertido en lineamientos que permiten la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas para los profesionales de la salud en el manejo clínico de sus pacientes (Salazar y Gómez, 2015; Salazar, Solano y Murcia-Paredes, 2013).

En Colombia, carecemos de Guías de Práctica Clínica Psicológicas que permitan un adecuado manejo e intervención de la carga de cuidadores de personas mayores, lo que la convierte en una herramienta útil para sugerir opciones diagnósticas y terapéuticas frente a las estrategias de intervención psicológicas más utilizadas para el manejo de cuidadores informales, mejorar la calidad de vida de los mismos y sus familias, amortiguando el impacto que conlleva para la familia esta ocupación; así esta guía cumple funciones para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Esta guía tiene fundamentos en la legislación de Colombia, específicamente en el proyecto de Ley No. 33 de 2009 siendo un proyecto de ley que busca reconocer los derechos del Cuidador Familiar, garantizando el acceso a políticas de apoyo instrumental, emocional y social tanto al paciente como al Cuidador Familiar y la ley de salud mental 1616 que garantiza el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental (Lara, 2009).

Objetivo general

Diseñar una guía de práctica clínica psicológica en sobrecarga del cuidador informal del adulto mayor dependiente

Objetivos específicos

- Proporcionar a los profesionales de psicología, información que los ayude a diagnosticar el síndrome de sobrecarga del cuidador informal del adulto mayor dependiente.
- Facilitar a los profesionales en psicología, recomendaciones basadas en la evidencia científica, orientadas a la evaluación de sobrecarga del cuidador informal del adulto mayor dependiente.
- Proporcionar a los profesionales en psicología, recomendaciones basadas en la evidencia científica, con respecto a intervención de sobrecarga del cuidador informal del adulto mayor dependiente.
- Construir de manera multidisciplinaria con expertos preguntas clave referentes al cuidador informal y el proceso de sobrecarga por el cuidado.
- Responder basado en la evidencia y en la opinión de expertos, las preguntas clave referentes al cuidador informal y el proceso de sobrecarga por el cuidado.

Capítulo segundo

Cuidador del adulto mayor

La definición de cuidar hace referencia a la reciprocidad que proporcionamos a las personas que requieren apoyo en sus necesidades vitales a corto y a largo plazo que pueden ser o no permanentes (Colliere 1999, como se citó en Ferreira, 2013). Este término cobija una clase de relación constituida por una disposición genuina para con el otro, reciprocidad y el compromiso de promover el bienestar del otro. El cuidado es un trabajo de amor y con ello se manifiesta su dualidad: el amor o interés emocional por la persona que recibe los cuidados y el aspecto práctico de cuidar a otro (De la Cuesta Benjumeda, 2007). Existen dos tipos de cuidadores, el referente al cuidado formal e informal. En el primero el cuidado es ofrecido por instituciones y/o organizaciones sociales, sean públicas o privadas (Salazar et al., 2013) caracterizadas por ser una persona que no es miembro de la dinámica familiar, siendo un sujeto externo que cuida a otro y es remunerado económicamente por su labor, usualmente es un profesional capacitado en el tema del cuidado del área de la salud, como auxiliares de enfermería, médicos o psicólogos (Cerquera y Galvis, 2013; Cerquera, Matajira y Pabón, 2016). Mientras que el cuidado informal ha sido ejercido tradicionalmente por la familia (Salazar et al., 2013), este es entendido como la persona sin formación profesional para el cuidado (familiares, amigos, personas de la red social inmediata), que brinda la prestación de cuidados de salud necesarios a personas dependientes, y no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen (Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012).

Según investigaciones sociodemográficas el rol del cuidador informal es asumido en su mayoría por un familiar de género femenino, con prevalencia de hijas o esposas, niveles bajos de escolaridad y una edad comprendida entre los 35 y 60 años (Aleman et al., 2013; Gómez, 2014). En el estudio realizado por Chaparro, Barrera, Vargas y Carreño (2016), hace referencia que en Colombia el cuidado informal que se realiza a una persona

con enfermedad crónica tiene una prevalencia en el género femenino, ya que, para la mujer colombiana, representa una responsabilidad importante para casos en que el familiar enfermo es un niño porque se relaciona con ser padre o madre, o porque cumple su rol como hija del paciente adulto mayor.

Según Wilson (1989), los cuidadores informales cuentan con las siguientes características: asumir las principales tareas de cuidado, con la responsabilidad que ello acarrea; es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo y no es remunerado económicamente por la realización de dichas tareas de cuidado.

Por otro lado, se deben tener en cuenta diversos fenómenos y procesos relacionados con el cuidador informal y la sobrecarga, estos procesos se ven bajo un modelo en donde el cuidador como el adulto mayor tiene componentes biopsicosociales, los cuales interactúan mediante una relación de cuidado (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Esta es evaluada por el cuidador proporcionando significado positivo o negativo, distinguiendo tres tipos de evaluación:

- La evaluación primaria se produce en cada encuentro o transacción con algún tipo de demanda externa o interna. Es el primer mediador psicológico del estrés y puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación: (a) amenaza, que se refiere a la anticipación de un daño posible; (b) daño/pérdida, que hace referencia a los resultados de esa amenaza; (c) desafío, entendido como la valoración de la situación que hace el sujeto que conlleva a resultados inciertos y; (d) beneficio, que es la valoración positiva que no induciría a estrés. Las tres primeras formas permiten definir tres tipos de estrés –de amenaza, pérdida y desafío- (Belloch et al., 1995; Oblitas, 2004).
- La evaluación secundaria se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación, que incluyen los recursos físicos (salud y energía), donde los individuos fuertes y saludables pueden responder mejor a las demandas externas e internas que las personas débiles, enfermas y cansadas. Los recursos psicológicos (creencias

positivas), referidos a la capacidad de soportar el estrés aumentado cuando las personas creen que son capaces de obtener las consecuencias deseadas y las aptitudes (técnicas para la resolución de problemas y habilidades sociales) (Belloch et al., Brannon y Feist, 2001, 1995; Oblitas, 2004). Además, se deben considerar los recursos ambientales, de tipo social (apoyo social), referido a la sensación de aceptación, afecto o valoración por parte de otras personas y los recursos materiales (dinero, bienes y servicios) (Brannon y Feist, 2001; Oblitas, 2004).

- La reevaluación implica los procesos de feedback que acontecen a medida que se desarrolla la interacción entre el individuo y las demandas externas o internas. La reevaluación permite que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas, al asimilar nuevas informaciones o cambios de la situación que determinará los respectivos cambios de conducta (Belloch et al., 1995; Oblitas, 2004).

Una vez que se ha realizado la acción evaluativa, las manifestaciones de estrés van a ocurrir en la medida de la eficacia que tengan las actuaciones que ponga en marcha el sujeto para hacer frente a la amenaza. A esas acciones se les denomina “estrategias de afrontamiento” o coping.

Adicionalmente, es importante resaltar los procesos en la adaptación de cuidador informal, donde según Peco (2005) se dan en cuatro fases de adaptación al cuidado que son experimentadas por la mayoría de los cuidadores, a pesar de que las circunstancias que rodean a cada situación de cuidado son distintas y que el proceso de "ajuste" a la nueva situación varía de un cuidador a otro. No obstante, dada la gran variedad que existe entre las personas, es probable que estas fases no se produzcan en todos los casos, pero hay que tenerlas en cuenta a la hora de evaluar al cuidador:

1. Fase 1: Negación o falta de conciencia del problema. En los primeros momentos del proceso de enfrentarse a la enfermedad crónica de una persona del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar los miedos y la ansiedad. Es común encontrarse con que la persona se niega a aceptar las evidencias que su familiar padece una enfermedad que lo lleva a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio. Otra forma de negar el problema es evitar hablar del deterioro o incapacidad del familiar enfermo. Este estadio es, normalmente, temporal. Conforme el tiempo pasa y las dificultades de la persona enferma para mantener su

autonomía funcional se hacen más evidentes, empieza a hacerse cada vez más difícil creer que el paciente está simplemente distraído o que se trata de una enfermedad temporal (Peco, 2005).

2. Fase 2: Búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles. A medida que la persona que proporciona los cuidados va aceptando la realidad de la situación de dependencia, empieza a darse cuenta de que la enfermedad de su familiar no sólo va a influir en la vida de éste, sino que también va a alterar su propia vida y la de las personas que le rodean. En esta fase, los cuidadores suelen comenzar a buscar información para aprender lo máximo posible acerca del trastorno que sufre su familiar y sobre sus posibles causas. En este momento son muy comunes entre los cuidadores los sentimientos de “malestar” por la injusticia que supone el que les haya “tocado” a ellos vivir esa situación. El enojo y la ira, son respuestas esperadas en situaciones de pérdida del control de la propia vida y sus circunstancias. Existen algunos hechos negativos que son inevitables y que no se pueden cambiar, y son situaciones de este tipo las que típicamente afrontan los cuidadores de personas mayores. A medida que aumenta la intensidad de la dependencia funcional del familiar enfermo, se incrementa la pérdida de control por parte de los cuidadores, con el consiguiente incremento en frecuencia e intensidad de ira, enojo y frustración, los cuales son difíciles de manejar, debido a que los cuidadores no saben identificar bien cuál es el objeto de su malestar. Las consecuencias más frecuentes de esta “cólera sin objeto” son los sentimientos de culpa. Sobrellevar los sentimientos de ira y de culpa sin tener medios adecuados para expresarlos puede ser muy destructivo para el cuidador. Es aconsejable que éste reconozca estos sentimientos y pueda hablar de ellos de manera clara y sincera con alguna persona de su confianza (Peco, 2005).

3. Fase 3: Reorganización. A medida que pasa el tiempo, los sentimientos de ira y enojo pueden continuar. Una relación esencial para la persona -una esposa, un padre o una madre- “se ha perdido”. La vida ha perdido el sentido habitual hasta ese momento y las nuevas responsabilidades crean una carga pesada para la persona que cuida. Sin embargo, algo de control se va ganando en esta etapa. Contando ya con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse, la persona que cuida dispondrá de las herramientas necesarias para afrontar adecuadamente la situación del

cuidado. Este período de reorganización tendrá como resultado el desarrollo de un patrón de vida más normal. La persona que proporciona los cuidados se sentirá progresivamente con más control sobre la situación y aceptará mejor estos cambios en su vida (Peco, 2005).

4. Fase 4: Resolución. Con ese aumento del control sobre su situación y el reconocimiento que como cuidador/a será capaz de manejar y sobrellevar los cambios y desafíos que supone y supondrá la situación de cuidado, surge un nuevo período de adaptación. En este estadio del cuidado, son capaces de manejar con éxito las demandas de la situación, siendo más diestros en la expresión de sus emociones, especialmente la tristeza y la pena. En este punto, los cuidadores aprenden a cuidar mejor de sí mismos, están más dispuestos a buscar ayuda en otras personas con experiencias similares, se vuelven más independientes, dedicando más tiempo a realizar actividades recreativas y sociales y pueden buscar y encontrar otras fuentes de apoyo emocional, tales como reforzar las amistades o crear nuevos amigos. Esta situación sería la ideal, pero no siempre el cuidador llega a alcanzar esta etapa ya que el estrés los supera, enferman física y psicológicamente y son incapaces de hacerse cargo de su ser querido (Peco, 2005).

Por otro lado, se puede evidenciar en cuidadores informales diversos factores de riesgo como:

- Biológico: Tales como ser mujer, a presencia de mala salud física previa, encontrarse en edades entre los 45 y 75 años (Rodríguez, 2011; Schülz y Williamson, 1991).
- Psicológico: Ocurrencia persistente de comportamientos problemáticos en el paciente, unido a la percepción de los cuidadores de una incapacidad para manejarlos adecuadamente, características individuales como la personalidad tipo A en el cuidador, percepción negativa del cuidador sobre el estado de salud del paciente, utilización inadecuada de los estilos y estrategias de afrontamiento, insatisfacción con el apoyo percibido de la red social, existencia de un vínculo desfavorable con el familiar asistido, estado civil (sin cónyuge), desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico (Alspaugh, Stephens, Townsend, Zarit y Greene, 1999; Robison, Fortinsky, Kleppinger, Shugrue y Porter, 2009; Rodríguez, 2011; Schülz y Williamson, 1991; Tartaglioni, Ofman, Hermida y Dorina, 2007).
- Contextuales: Red de apoyo inestable, escasos ingresos económicos, un mayor número de días dedicados al cuidado, actitud negativa del familiar asistido hacia el

tratamiento, grado de dependencia del paciente, insatisfacción hacia los servicios comunitarios de atención a largo plazo y residir solo (Gold, Cohen, Shulman y Zuccherro, 1995; Robison et al., 2009; Rodríguez, 2011; Schülz y Williamson, 1991; Tartaglini et al., 2007).

Así mismo se pueden identificar factores protectores en el quehacer del cuidador informal como:

- Psicológicos: Presentar altos niveles de autoestima, personalidad tipo B, valores (cualidades, pensamientos e ideales positivos), creencias espirituales, alto nivel de empatía con la persona cuidada, motivación hacia el cuidado, comprensión de la enfermedad y hacia el enfermo, en un vínculo afectivo de confianza y seguridad con el paciente (Aranda y Knight, 1997; Connell y Gibson, 1997; Dilworth-Anderson y Anderson, 1994; Larbán, 2010; López, 2004).
- Contextuales: Tener acceso a los servicios de salud, pertenecer a grupos de apoyo, recibir apoyo económico, tener una familia con buenos niveles de comunicación, habilidades de solución de problemas y relaciones de roles flexibles y disponibilidad de espacios físicos adaptados a la labor del cuidado (Aranda y Knight, 1997; Connell y Gibson, 1997; Dilworth-Anderson y Anderson, 1994; López, 2004; Quinn y Herndon, 1986).

El desempeño del rol de cuidador está asociado a importantes niveles de sobrecarga emocional y física, así como en numerosos aspectos de su vida cotidiana. La dependencia del familiar no sólo cambia la vida de su padre, madre, hermano o cónyuge sino también su propia vida y la del resto de su familia. Al ser asumido el cuidado primario por una sola persona, se desencadenan eventos de estrés crónico por sobrecarga de origen multicausal entre características clínicas, como la duración del cuidado, factores individuales de la dinámica de los miembros de la familia, responsabilidad del hogar, apoyo social y área económica (Pozet et al., 2016). El cuidador requiere centrar su atención en la persona dependiente o con enfermedad crónica, lo que acarrea una intensidad horaria alta y dedicación constante para sus nuevas obligaciones que, como resultado, en ocasiones derivan en sobrecarga y la presencia de síntomas desfavorables a nivel psicológico, físico, personal y afectivo, que progresivamente tienden a aumentar, dado que la enfermedad de la persona cuidada avanza (Ávila y Vergara, 2014). Estas características afectan la calidad

de vida del cuidador, debido a que estas condiciones tienden a exceder las capacidades físicas y mentales que producen el denominado síndrome de burnout o del cuidador, con este indicio las personas experimentan retos y contratiempos que desatan dificultades en autocontrol, sentimientos negativos hacia el sujeto cuidado, desmotivación, angustia, depresión, trastornos somáticos, agotamiento, irritabilidad, despersonalización y comportamientos estereotipados (Cardona et al, 2013).

La sobrecarga o síndrome de Burnout, es el fenómeno más común que suele aquejar a los cuidadores, este fenómeno es entendido como el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados (Roig et al., 1998). Según Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980), estas afecciones físicas y psicológicas asociadas al cuidado, define todas aquellas reacciones y actitudes emocionales, alteraciones de salud, cambios en el hogar y en diferentes contextos, relacionados o derivados del cuidado. La sobrecarga, es entendida como el origen del estrés crónico en el cuidador informal, frente al cuidado de la enfermedad y el mantenimiento de rutinas de su familiar enfermo; las tareas específicas y falta de control en circunstancias determinadas, generan sentimientos negativos y reacciones como: depresión, falta de motivación, ansiedad, síntomas psicósomáticos, agotamiento, irritabilidad, despersonalización, falta de capacidad para resolución de problemas (Cogollo, 2013). Ruiz y Nava (2012), hacen referencia a otros síntomas como desesperanza, sentimientos de enfado, irritabilidad y sensación de culpa.

La identificación temprana de estos síntomas por parte de los profesionales de la salud ayudará a atender las necesidades de los cuidadores informales con el objetivo de mejorar su salud física y los procesos de bienestar subjetivo de los cuidadores (Cerquera y Galvis, 2014). En cuanto a la intervención de los síntomas generados por la sobrecarga, Salazar, Murcia y Solano (2016), en su estudio de revisión sistemática de la literatura sobre la evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal describe que, entre las intervenciones terapéuticas más utilizadas para el manejo de la sobrecarga, se encuentran la psicoeducación, programas de autoayuda, terapias cognitivas conductuales con técnicas de relajación y respiración, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en habilidades comunicativas asertivas, terapia de conducta, Mindfulness, resolución de problemas, estrategias de afrontamiento, autocontrol personal, resiliencia, intervención

grupal y socio - sanitaria, actividades sociales de ocio y experiencias de disfrute, considerando de importancia elaborar una adecuada formulación clínica que permita evidenciar sus síntomas psicológicos y físicos para así mismo generar intervenciones adecuadas. Así mismo, el estudio de revisión de Salazar y Castellanos (2017) determinó que las intervenciones más eficaces se evidencian desde tres enfoques importantes, estando en primer lugar, las estrategias cognitivo-conductuales, puesto que estos tipos de terapias desde hace décadas han presentado mayor evidencia empírica y experimental en cuanto eficacia y efectividad en problemas y trastornos psicológicos, mostrando ser rentables en costo – beneficio. Dentro de sus ventajas es de conocimiento que dichos tratamientos son heterogéneos, de tiempo limitado, implementados de manera grupal/individual y con una capacidad de adaptación (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012). Bajo este enfoque, la psicoeducación de manera independiente o combinada con otras técnicas ha sido la más implementada en todas las categorías de recomendación (ABC), ya que en los estudios se logra evidenciar que el educar al cuidador informal frente a la enfermedad, sus síntomas y manejo, permite que la persona cuidadora pueda dar un manejo más adecuado a las situaciones que se presenten. La psicoeducación demostró ser eficaz en síntomas de estrés, no obstante, se muestra eficaz en la reducción de síntomas depresivos y ansiosos. De la misma manera, la técnica de resolución de problemas individual o combinada con otras técnicas es altamente recomendada para disminuir síntomas depresivos y a su vez favorecer un mayor afrontamiento a situaciones presentadas dentro de la rutina diaria ya que permite al cuidador informal implementar herramientas brindadas para afrontar situaciones, conductas o comportamientos que se presentan en la persona con demencia. Otra técnica que ha venido siendo implementada es la de atención plena o mindfulness, que a su vez las investigaciones han reportado en general avances significativos y aceptables en la mayoría en síntomas de estrés y depresión, sin embargo, se evidenciaron pocos artículos que hicieran referencia a esta técnica.

Capítulo tercero

Método

Tipo de investigación

Según la tipología dada por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación [COLCIENCIAS] quien clasifica los proyectos de investigación científica, la presente está orientada al desarrollo tecnológico la cual tiene por objetivo “la creación o mejora desde el punto de vista tecnológico de procesos productivos y/o productos, concretos, mediante la aplicación de desarrollos de carácter innovador” (Ojeda et al., 2011, p. 13) contribuyendo a mejorar la calidad de bienes y servicios. Utilizando otra tipología como la propuesta por Montero y León (2005) este es un estudio instrumental que consiste en desarrollar, diseñar, adaptar o validar instrumentos. Así mismo, esta Guía de Práctica Clínica psicológica, se basó en los lineamientos de la Guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, se hicieron modificaciones y adaptaciones según aspectos puntuales de la guía, las cuales se explican en el reporte extenso (Carrasquilla et al., 2014).

Procedimiento

Para el desarrollo de este trabajo se tomó la Guía Metodológica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, propuesta por el Ministerio de salud, la cual fue adaptada a las características de la presente GPCP, desarrollándose de la siguiente manera:

1. Priorización y selección del foco de la GPCP basada en la evidencia. En el cual se realizaron estimaciones y seleccionaron tópicos para realizar la guía asignando prioridades para la elaboración. Su importancia radica en la disponibilidad limitada de recursos estableciendo el procedimiento explícito, sistemático y documentado.

El conjunto de evidencia con el que se seleccionó el foco temático y se diseñó la Guía de Práctica Clínica Psicológica se recopila a través de tres investigaciones realizadas previamente: la primera, revisión de antecedentes e instrumentos de evaluación en sobrecarga del cuidador de Lisseth Patricia Gómez (2015); la segunda, ruta de intervención y propuesta preliminar sobre guía de práctica clínica psicológica por Julie Solano y Lina Paredes (2016); finalmente, revisión de tratamientos basados en la evidencia para sobrecarga del cuidador de María Castellanos (2017). Todas las investigaciones antes mencionadas fueron dirigidas por la Dra. Ana María Salazar y se cuenta con el aval de uso de estos datos.

La evidencia revisada se organizó según la estructura de una guía de práctica clínica, posteriormente, se clasifica la literatura teniendo en cuenta el nivel de evidencia y recomendación de los criterios del National Institute For Health And Clinical Excellence (NICE).

2. Constitución del Grupo de Desarrollo de la Guía (GDG) de Práctica Clínica Psicológica. En la constitución de GDG se tuvo en cuenta la formación y experiencia de los integrantes con el fin de aportar calidad a la construcción de la guía, este equipo fue multidisciplinario para garantizar que todas las áreas de conocimiento fueran pertinentes, estuviesen representadas de manera adecuada, adicionalmente, obtener evaluaciones de forma crítica, lo que permitió aumentar credibilidad y posible implementación. Se establecieron funciones el grupo desarrollador, el cual estuvo conformado de la siguiente manera:

El grupo desarrollador jugó un rol importante en el proceso de validación y mejoramiento de las preguntas/respuestas propuestas para esta guía (paso 5), definió el alcance de la guía (paso 3) y finalmente examinó la evidencia encontrada en las revisiones sistemáticas de la literatura (paso 4). Este proceso fue realizado bajo dos reuniones conjuntas de cuatro horas de trabajo cada una, mediante la modalidad de grupo focal desarrollador, dicho proceso se describirá más adelante.

3. Definición del alcance y los objetivos de la GPCP. Estuvo relacionada a generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia, para asistir al profesional y al paciente en la toma de decisiones del manejo clínico, respondiendo a las preguntas ¿por qué se hace la guía?, ¿para qué se hace?, ¿quiénes usaran la guía? y ¿a quienes se dirige?

4. Construcción del conjunto de la evidencia, incorporación de evidencia a partir de revisiones sistemáticas y desarrollo de Novo para GPCP basadas en evidencia. Proceso donde se identificó, evaluó y seleccionó información de guías de práctica clínica anteriores o antecedentes para así sustentar el desarrollo Novo, adicionalmente, se recopiló evidencia que sustenta recomendaciones de las preguntas de la guía mediante un proceso riguroso en el cual se realizó una búsqueda de guías de práctica psicológica relacionadas con los tópicos y alcances planteados, evaluando su pertinencia y calidad establecidos, finalmente, se determina la pertinencia del desarrollo de nuevo Novo o la necesidad de realizar una guía de práctica clínica psicológica.

Como se mencionó en el paso 1, para la elaboración de este, se utilizó la reciente revisión sistemática basada en la evidencia descrita en el trabajo de tesis de especialización 2017 de la Psicóloga Maria Alejandra Castellanos, bajo la dirección de Ana María Salazar. Cabe resaltar que la Psicóloga Castellanos, concedió autorización para el uso de las rejillas de clasificación y revisión sistemática realizada por ella, adicionalmente, la evidencia fue socializada y validada por el grupo de expertos desarrolladores de la guía.

5. Formulación de preguntas e identificación y graduación de desenlaces de la GPCP. Al definir el alcance de la guía, el grupo desarrollador realizó preguntas relacionadas con el foco de esta, la cuales estaban orientadas a cumplir el objetivo. Las preguntas son fundamentales para dar estructura a toda la evidencia y así determinar las recomendaciones, las cuales se establecieron a través de la estructura PICO (Participantes, Intervención o aspecto a evaluar, comparador y resultados que se estiman a través de una graduación de desenlaces). Para la elaboración de este paso se realizaron dos fases:

- Elaboración de las preguntas preliminares, secciones de la guía y respuestas a las preguntas por parte del grupo principal desarrollador de la guía. Este paso se realizó durante el segundo semestre del año 2017 bajo el análisis de la literatura encontrada y analizada (Paso 4).
- Una vez elaboradas y dándole respuesta a las preguntas preliminares, se realizó una convocatoria e invitación del grupo interdisciplinar desarrollador de la guía (Paso 2), para así, llevar a cabo diferentes encuentros y jornadas de trabajo en las cuales se socializaron las preguntas preliminares y sus respuestas, adicionalmente, se analizó la información

recolectada, se elaboraron nuevas preguntas y recomendaciones realizando la correspondiente clasificación bajo el análisis de desenlaces. Este proceso fue realizado mediante la metodología de grupos focales (Paso 6 - 7).

6. Grupos focales con jueces expertos de la Guía de Práctica Clínica Psicológica para la evaluación e intervención de sobrecarga en cuidador informal del adulto mayor dependiente.

Se realizaron dos encuentros de trabajo bajo la metodología de grupo focal, a estos encuentros asistió el grupo desarrollador de la guía (Paso2) como asesores expertos en la temática. El grupo desarrollador dio recomendaciones para el ajuste del contenido de la guía, el resultado se compiló en un análisis cualitativo que permitió implementar dichas recomendaciones en una futura fase del proceso de elaboración, adicionalmente, dentro del grupo focal los jueces expertos realizaron una valoración de resultados denominada “valoración de desenlaces” a través de la siguiente escala GRADE:

- De baja importancia para tomar una decisión (de 1 a 3)
- Importante pero no crítico para tomar una decisión (de 4 a 6)
- Crítico para tomar una decisión (de 7 a 9)

Adicionalmente, se diseñó una herramienta para evaluar la calidad del conjunto de evidencia que se espera realizar en fases posteriores, esta aborda cuatro dominios: (a) Selección de paciente (b) Prueba índice (c) Prueba de referencia (d) Flujo y tiempos, los cuales se evalúan desde dos criterios, el riesgo de sesgo y preocupaciones con respecto a la aplicabilidad. Cabe resaltar que la evidencia contará con una puntuación basada en criterios del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Los instrumentos y documentos utilizados para la recolección de información se pueden ver en los apéndices.

7. Análisis cualitativo de grupos focales para determinar recomendaciones y mejorar de la Guía de Práctica Clínica Psicológica

Consideraciones éticas

El objetivo de esta tesis fue elaborar una GPCP que no se conforma como un estándar de lineamientos para el quehacer en psicología, ya que su objetivo es orientar al clínico y se encuentra bajo su criterio el uso de esta, la adherencia a las recomendaciones de esta guía no asegura un resultado exitoso en cada caso. El juicio final debe ser realizado por

el(los) profesional(es) de las áreas de la salud tratantes, responsables de las decisiones referentes a un procedimiento psicológico-clínico particular o un plan de tratamiento. Se recomienda sin embargo que, cualquier alejamiento de esta guía, debe ser complementado y documentado en la historia clínica del paciente en el momento en que se tomen decisiones relevantes.

Las investigadoras actuaron bajo el conocimiento y el estricto seguimiento de la ley 1090 del 6 septiembre de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. También se rigieron bajo los principios de veracidad relacionados con el conocimiento e investigación científica.

Adicionalmente, se tuvo en cuenta la resolución número 8430 de 1993 (4 Octubre de 1993) la cual proporciona normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud que contribuye a la prevención y control de los problemas de salud y al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud (Título 1, artículo 4 apartado c y e), respondiendo a una investigación sin riesgo como lo dicta el artículo 11 en el apartado a de la misma ley, considerando el respeto a su dignidad, la protección de derechos y el bienestar del paciente.

Capítulo cuarto

Resultados

Los resultados obtenidos de esta guía de práctica clínica psicológica se pueden sintetizar de la siguiente manera.

Formulación de preguntas

La guía de práctica clínica cuenta con preguntas que permiten al usuario orientarse frente a ciertos tópicos. Están compuestas por la pregunta como tal, formato pico el cual se presenta como un cuadro ilustrativo en el cual se encuentran la población a la cual aplica la pregunta, el aspecto a evaluar o indagar, el desenlace que hace referencia al grado de importancia en el intervención o evaluación y finalmente la clasificación NICE que indica la calidad de la evidencia sobre la cual se hacen las sugerencias, seguido de un marco de referencia, el cual sustenta las recomendaciones.

La guía cuenta con 34 preguntas clínicas con formato PICO que tiene en cuenta la P (población a la que va dirigida la Guía de Práctica Clínica o la recomendación), I (Aspecto evaluado o posible intervención) C (comparador, solo en preguntas de intervención y tratamiento, siendo estos opuestos a la alternativa de intervención propuesta) O outcome o resultados medido a través de la graduación de desenlaces, que consecuencias son importantes para el paciente), adicionalmente cada pregunta contiene un marco de referencia el cual contiene la evidencia científica, seguido de recomendaciones. El diseño y formulación de preguntas se puede evidenciar en el apéndice B, este se conforma por cuatro sesiones:

1. Sesión 1: Población objeto, características demográficas, etapas del cuidador y

- consecuencias del cuidado (8 preguntas).
2. Sesión 2. Tamización y detección temprana de la sobrecarga del cuidado (14 preguntas).
 3. Sesión 3. Descripción de factores de riesgo y protección asociados a la sobrecarga del cuidador (2 preguntas).
 4. Sesión 4. Tratamiento psicológico y coadyuvantes (6 preguntas).
 5. Sesión 5. Seguimiento (4 preguntas).

Durante la fase de construcción de la Guía de Práctica Clínica (GPC), los expertos temáticos diseñaron preguntas a las cuales respondería la GPC teniendo en cuenta el proceso de atención psicológica, realizando consensos sobre la jerarquía orden y graduación, llegando a formular preguntas contexto que responden a las características y delimitación del cuidador informal, y 34 preguntas clínicas con formato PICO que tiene en cuenta la P (población a la que va dirigida la Guía de Práctica Clínica o la recomendación), I (Aspecto evaluado o posible Intervención) C (comparador, solo en preguntas de intervención y tratamiento, siendo estos opuestos a la alternativa de intervención propuesta) O (outcome o resultados, que consecuencias son importantes para el paciente a través de la graduación de desenlaces).

Definición y graduación de desenlaces.

La identificación de desenlaces o resultados de la intervención o del comparador se realiza durante la construcción de las preguntas, realizando consensos sobre importancia y pertinencia según la caracterización de desenlaces sugerida por la guía metodológica de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección social del año 2014 (Carrasquilla, 2014).

Para la valoración del desenlace, los miembros del GDG clasificaron cada uno de estos bajo el uso de una escala de 9 unidades, sugerida por la Guía metodología del Ministerio de Salud y Protección social (Carrasquilla, 2014); la escala mantiene tres niveles de valoración así: Baja importancia para tomar una decisión, importante pero no crítico para tomar una decisión, y finalmente, crítico para tomar una decisión. Esta escala se presenta en la tabla 1.

Tabla 1

Escala para la valoración de desenlaces

Baja importancia para tomar una decisión			Importante pero no crítico para tomar una decisión			Crítico para tomar una decisión		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Tomada de Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud 2007 (5) (Carrasquilla, 2014)

Desarrollo de Novo.

De acuerdo a la necesidad de guía de práctica clínica psicológica para cuidadores informales, cuya finalidad es definir parámetros clínicos, que apoyen el proceso de evaluación objetiva de la sobrecarga del cuidador, y su eventual intervención psicológica, se realiza una búsqueda de literatura que responda a las preguntas de contexto y clínicas, siguiendo los lineamientos propuesto por la guía metodología del Ministerio de Salud y Protección Social dándole continuidad, a través de los siguientes pasos:

Planeación de la revisión.

1. Identificar las temáticas que requirieron revisión. Dentro de las temáticas seleccionadas se encuentran: definición de cuidador informal, sobrecarga del cuidador, factores de riesgo psicosociales en el cuidador, factores protectores en el cuidador, intervenciones en cuidadores de pacientes con demencia, prevalencia del cuidador informal y Psico-educación en cuidadores. La búsqueda de la información se realizó a través de las siguientes Bases de Datos: ProQuest -Health & Medical Complete, MedLine, Psychology Journals, y Google Académico. La búsqueda incluyo artículos científicos y guías de práctica clínica existentes, con fecha de límite de publicación al año 2000.
2. Posteriormente se clasifica la literatura teniendo en cuenta el nivel de evidencia y recomendación de los criterios del National Institute For Health And Clinical Excellence (NICE), se puede evidenciar los criterios utilizados por la NICE en las tablas 2, 3,4, 5 las cuales corresponden a niveles de evidencia y grados de recomendación para estudios de terapia y estudios diagnósticos.
3. Adicionalmente, la literatura se agrupa bajo los parámetros de la Guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, del Sistema

General de Seguridad Social en Salud colombiano, basándose en la normatividad legal correspondiente (resolución 429 de 2016 y la resolución 3202 de 2016).

A continuación, en la tabla 2 se presenta los niveles de evidencia para estudios de terapia, conformados por ocho niveles para la clasificación de la evidencia científica.

Tabla 2

Niveles de evidencia para estudios de terapia (NICE)

Nivel de evidencia	Interpretación
1++	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-contróles, o estudios de cohortes o de casos-contróles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-contróles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

* Los estudios con un nivel de evidencia ‘–’ no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación. Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network, tomado de Mella, Zamora, Mella, Ballesteros y Uceda (2012).

A continuación, en la tabla 3 se presenta los grados de recomendación para estudios de terapia que cuenta con cuatro niveles de recomendación, basados en los resultados de la tabla 2 para así orientar la práctica clínica.

Tabla 3

Grados de recomendación para estudios de terapia (NICE)

Grados de recomendación	Interpretación
A	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados. Evidencia a partir de la apreciación de NICE
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal

D (BPP): Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía. IP: Recomendación a partir del manual para procedimientos de intervención de NICE. Tomado de Mella et al., (2012).

En la tabla 4 se presenta los niveles de evidencia para estudios diagnóstico, conformados por cinco niveles para la clasificación de la evidencia científica.

Tabla 4

Niveles de evidencia para estudios diagnóstico (NICE)

Grados de recomendación	Interpretación
Ia	RS con homogeneidad* de estudios de nivel 1+
Ib	Estudios de nivel 1+
II	Estudios de nivel 2++ RS de estudios de nivel 2
III	Estudios de nivel 3&& RS de estudios de nivel 3
IV	Consenso, informes de comites de expertos u opiniones y/o experiencia clinica sin valoracion critica explicita; o con base a la psicologica, difusion de la investigacion o “principios basicos”

* Homogeneidad significa que no hay variaciones o estas son pequeñas en la dirección y grado de los resultados entre los estudios individuales que incluye la RS. + Estudios de nivel 1 son aquellos que utilizan una comparación enmascarada de la prueba con un estándar de referencia validado, en una muestra de pacientes que refleja a la población a quien se aplicaría la prueba. ++ Estudios nivel 2 son aquellos que presentan una sola de esta característica: población reducida (la muestra no refleja las características de la población a la que se le va a aplicar la prueba; utilizan un estándar de referencia pobre (definido como aquel donde la “prueba” es incluida en la “referencia”, o aquel en que las “pruebas” afectan a la “referencia”; la comparación entre la prueba y la referencia no está enmascarada; o estudios de casos y controles. && Estudios de nivel 3 son aquellos que presentan al menos dos o tres de las características señaladas anteriormente. Tomado de Mella et al., (2012).

Finalmente en la tabla 5 se presenta los grados de recomendación para estudios diagnóstico que cuenta con cuatro niveles de recomendación, basados en los resultados de la tabla 4 para así orientar la práctica clínica.

Tabla 5

Grados de recomendación para estudio diagnóstico

Grados de recomendación Interpretación	
A (EPD)	Estudios con un nivel de evidencia Ia o IB
B (EPD)	Estudios con un nivel de evidencia II
C (EPD)	Estudios con un nivel de evidencia III
D (EPD)	Estudio con un nivel de evidencia IV

* EPD: estudios de pruebas diagnósticas. Tomado de Mella, et al., (2012).

- Posteriormente, se diseña el protocolo de validación, diseñado bajo los grados de recomendación de las escalas NICE y el Quadas 2, con el fin de que se desarrolle en la siguiente etapa del proceso la correspondiente validación de la guía, este protocolo se puede evidenciar en el apéndice A.
- Para la valoración metodológica se conforman grupos focales de expertos temáticos, quienes, mediante su valoración y opinión, apoyaron la elaboración y mejoramiento de las recomendaciones que componen la guía.

Diseño de protocolo de validación

Se realiza un protocolo cuyo propósito es validar la evidencia científica a través de jueces expertos, haciendo uso de una herramienta que permita evaluar la calidad del conjunto de la evidencia evaluando cuatro dominios, relacionados con la selección de la muestra, el control en la investigación y sesgos, aplicabilidad, pruebas utilizadas en las investigaciones, flujos y tiempos de la investigación.

Análisis cualitativo de la información recolectada en los grupos focales

Se realiza grupo focal con la finalidad de obtener recomendaciones que permitan mejorar aspectos de la guía, como resultado del total de preguntas realizadas, los expertos catalogaron 27 preguntas como “críticas para la toma de decisiones” y 8 fueron calificadas como “importante pero no crítico para tomar una decisión”. Las categorías de análisis obtenidas fueron: sociodemográfico, fases, consecuencias físicas, consecuencias psicológicas, consecuencias sociolaborales, consecuencias familiares, consecuencias económicas, evaluar cuidador informal, ruta, signos de alerta, tamización sobrecarga, síntomas somáticos y sobrecarga, dimensión del cuidado, áreas de ajuste, tamización para calidad de vida, ansiedad y estrés, depresión, autoeficacia, apoyo social y funcionamiento familiar, factores de riesgo, factores protectores, objetivo de intervención, enfoque de

intervención, estrategias de intervención, estrategias de intervención en síntomas emocionales, intervención individual, intervención grupal, programas y cuidado paliativo, tiempo de intervención, otras herramientas, seguimiento y tiempo de seguimiento.

Las preguntas que se sugieren modificar se relacionan con procesos del cuidado y términos utilizados, las preguntas que sugirieron eliminar se relacionaron con resumir algunos de los interrogantes.

Capítulo quinto

Discusión

La guía de práctica clínica se convierte en una herramienta para los profesionales, siendo esta una orientación a su quehacer; parte del proceso en la elaboración de la guía de práctica clínica psicológica inició con plantear generalidades de la guía relacionadas con la problemática a intervenir, la estructura, recopilar información, diseñar la guía y realizar consenso con comunidad científica, este último se llevó a cabo y se espera que en próximas fases se implementen y desarrollen dichas recomendaciones.

A partir de las recomendaciones obtenidas en el grupo focal, se requiere de una mejor definición sobre cuidador informal con el objetivo de que la guía tenga una delimitación específica de la población a la cual va dirigida. Adicionalmente, se necesita replantear el uso de instrumentos que estén validados en contexto colombiano y eliminar algunos que ya están en desuso, tener en cuenta la diversidad en tratamientos sin dejar de lado que el manejo debe ser individualizado basado en la evidencia científica, finalmente, construir dos rutas de atención para el manejo del cuidador informal del adulto mayor dependiente con sobrecarga, en las cuales se tenga en cuenta el contexto de atención a nivel clínico, hospitalario, ambulatorio o adaptarlos a contextos específicos.

Este tipo de instrumentos se convierten en una tecnología de innovación pues proporcionan herramientas a los profesionales con la final de dar un manejo acorde a las necesidades de esta población con una integralidad en su abordaje que permita intervenir en áreas de ajuste teniendo compatibilidad con los avances en la ciencia y que estos sean basados en evidencia científica.

Con este proyecto de grado se logra diseñar una guía de práctica clínica psicológica que proporcione información al profesional para el diagnóstico, la evaluación e intervención de sobrecarga en el cuidador informal basadas en evidencias científica, sin embargo, en próximas fases se espera implementar recomendaciones para mejorar la guía, realizar validación y el análisis económico. Una vez realizados estos pasos es necesaria socialización formal de la guía con el objetivo de que esta se implemente de manera adecuada.

Finalmente, se debe resaltar que es necesario el diseño de este tipo de herramientas, sin embargo, se requieren profesionales con habilidades y capacitación para el manejo de problemáticas en esta población, lo que requiere una alianza con el sistema educativo que permita a los profesionales formarse en esta área, reconociendo su impacto en la sociedad.

Referencias

- Aldana, G. y Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa Psicológica UST*, 9 (1), 5-14.
- Alemán, F., Aguilar, R., Martínez, M., Avila, H., Vázquez, L., y Gutiérrez, G. (2013). Autopercepción de bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográficas. *Cultura de los cuidados*, 36 (2), 50-58.
- Alspaugh, M., Stephens, M., Townsend, A., Zarit, S. & Greene, R. (1999). Logitudinal Patterns of Risk for Depression in Dementia Caregivers: Objective and Subjective Primary Stress as Predictors. *Psychology and Aging*, 14(1), 34-43.
- American Psychological Association [APA] (2007). *Guidelines for psychological Practice whit girls and women*. Recuperado de <http://www.apa.org/practice/guidelines/girls-and-women.aspx>
- Aramburu, I., Izquierdo, A., y Romo, I. (2001). Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de Alzheimer y ancianos con patología no invalidante. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 11 (2) 64-71.
- Aranda, M., y Knight, B. (1997). The Influence of Ethnicity and Culture on the Caregiver Stress and Coping Process: A Sociocultural Review and Analysis. *The Gerontologist*, 37 (3), 342-354.
- Ávila, J. y Vergara, M. (2014). Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Revista Aquichan*, 14 (3), 417-429.
- Banco Mundial (2011). *América Latina: ¿Está preparada para el envejecimiento de su población?* Recuperado de <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2011/03/28/latin-america-ready-for-an-aging-revolution>
- Beach, S., Schulz, R., Yee, J., & Jackson, S. (2000). Negative and Positive Health Effects of Caring for a Disabled Spouse: Longitudinal Findings from the Caregiver Health Effects Study. *Psychology and Aging*, 15 (2), 259-271.

- Beeson, R., Horton-Deutsch, S., Farran, C. & Neundorfer, M. (2000). Loneliness and depression in caregivers of persons with Alzheimer's disease or related disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 21 (8), 779-806.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. España: McGraw Hill.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. España: Thomson Learning.
- Brodaty, H., Green, A., & Koschera, A. (2003). Metaanalysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 (5), 657-64.
- Burton, L.C., Newsom, J.T., Schulz, R., Hirsch, C.H. & German, P.S. (1997). Preventative health behaviors among spousal caregivers. *Preventative Medicine*, 26 (2), 162-169.
- Cardona, D., Segura, A., Berbesí, D. y Agudelo M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 31 (1), 30-39. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000100004
- Cardona, D., Segura, A., Berbesí, D., y Agudelo M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 31 (1), 30-39. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000100004
- Carrasquilla, G., Pulido, A., De la hoz, A., Mieth, K., Muñoz, O., Guerrero, R., Lozano, J. (2014). *Guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica con evaluación económica en el sistema general de seguridad social en salud colombiano*. Colombia: Ministerio de salud y protección social.
- Carretero, G., Garcés, F. y Ródenas, R. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- Cerquera, A. y Galvis, M. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un Estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12 (1), 149-167.
- Cerquera, A., Matajira, J. y Pabón, D. (2016). Caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 47 (1), 4-19. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/739/1265>

- Chaparro, L., Barrera, L., Vargas, E. y Carreño, S. (2016). Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. *Revista Ciencia Cuidado*, 13 (1), 72 – 86.
- Chavéz, D., Fandiño, D., Mora, V., y Aguirre, D. (2015). Sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con hemofilia severa. *Inclusion y desarrollo*, 1 (3), 101-107.
- Cogollo, Z. (2013). Sobrecarga y calidad de vida de cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos de dos instituciones psiquiátricas privadas de la ciudad de Cartagena. [Tesis] Universidad de Cartagena: Colombia
- Colectivo IOE. (1998). *Cuidadores de personas mayores. Perspectivas del apoyo informal en España*. Recuperado de <https://www.colectivoioe.org/uploads/d365ba36e0c5a2a5641fb28b1562b1d9340a8af9.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y El Caribe [CEPAL] (2017). *Informe de cuarta conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento y derechos de las personas mayores en américa latina y el caribe*. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42238/S1700921_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Connell, C. & Gibson, G. (1997). Racial, Ethnic, and Cultural Differences in Dementia Caregiving: Review and Analysis. *The Gerontologist*, 37 (3), 355-364.
- De la Cuesta Benjumeda, C. (2007). El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 25 (1), 1-8.
- DeKosky, S.T. & Orgogozo, J. (2001). Alzheimer disease: Diagnosis, costs, and dimensions of treatment. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 15 (1), 3-7.
- Dilworth-Anderson, P. & Anderson, N. (1994). Dementia caregiving in Blacks: A contextual approach to research. En Lebowitz, E. Light, B., y Niederehe, G. (Eds.), *Mental and physical health of Alzheimer's caregivers* (pp. 385-409). New York: Springer.
- Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34 (3). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v34n3/spu08308.pdf>
- Ferreira, A. (2013). La gestión del cuidado en la legislación profesional: algunas consideraciones para su regulación. *Ciencia y enfermería*, 19 (3), 103-109
- Fuller-Jonap, F. & Haley, W.E. (1995). Mental and physical health of male caregivers of a spouse with Alzheimer's disease. *Journal of Aging and Health*, 7 (1), 99-11.

- García, F., Manquían, E., y Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15 (3), 87-97.
- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I. y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18 (5), 83-92. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011
- Gold, D., Cohen, C., Shulman, K. & Zuccherro, C. (1995). Caregiving and dementia: Predicting negative and positive outcomes for caregivers. *International Journal of Aging and Human Development*, 41 (3), 183-201.
- Gómez, M. (2014). *"Cuidar al cuidador informal"*. España: Universidad de Cantabria.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO] (2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. *Madrid: IMSERSO*
- Irwin, M., Hauger, R., Patterson, T., Semple, S., Ziegler, M. & Grant, I. (1997). Alzheimer caregiver stress: Basal natural killer cell activity, pituitary-adrenal cortical function, and sympathetic tone. *Annals of Behavioral Medicine*, 19 (2), 83-90.
- Kaplan, D. (1982). Intervention strategies for families. En J. Cohen, J. Cullen y L. Martin (Eds), *Psychosocial aspects of cancer* (pp. 221-233). Nueva York: Raven Press.
- King, A.C. & Brassington, G. (1997). Enhancing physical and psychological functioning in older family caregivers: The role of regular physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*, 19 (2), 91-100.
- Lara, R. (2009). *Ponencia para primer debate al proyecto de ley 33 de 2009 senado*. Recuperado de http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=11&p_numero=33&p_consec=23985
- Larbán, J. (2010). Ser cuidador; el ejercicio de cuidar. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 50 (1), 55-99.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Lee, R y Mason, A. (2017). *El costo de envejecer*. Recuperado de <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2017/03/pdf/lee.pdf>
- López, J. (2004). *Estado emocional y físico de cuidadores informales de mayores dependientes: análisis descriptivo y factores asociados*. España: Universidad Complutense de Madrid.

- López, J. y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19 (1), 72-80.
- López-Martínez, C., Frías-Osuna, A., y del-Pino-Casado, R. (2017). Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. *Gaceta Sanitaria*, 33 (2), 185-190.
- Losada, A., Montorio, I., Fernández, M., y Márquez, M. (2005). *El estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Recuperado de <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/imsero-estudio-01.pdf>
- Ojeda, Y., Sánchez, C., Pérez, E., Suárez, E., Ladino, C., Tobar, M., Rosillo, A. y Acevedo, L. (2011). *Tipología de proyectos de carácter científico, tecnológico e innovación*. Colombia. Recuperado de <http://www.itc.edu.co/archives/investigacion/Tipologias.pdf>
- Mella, M., Zamora, P., Mella, M., Ballester, A., Uceda, P. (2012). Niveles de Evidencia Clínica y Grados de Recomendación. *Revista Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia*, 29 (1), 59-72.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Encuesta SABE será base para formular política de envejecimiento y vejez en Colombia*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Encuesta-SABE-sera-base-para-formular-politica-de-envejecimiento-y-vejez-en-Colombia.aspx>
- Montalvo, A., y Florez, I. (2008). Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia). Un estudio comparativo. *Universidad del Norte. Colombia Salud Uninorte*, 24 (2), 181-190.
- Montero, I., y Leon, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1). 115-127
- Moreno, J., Arango., y Rogers H. (2010). Depresión y su relación con la calidad de vida en un grupo de cuidadores de personas con demencia. *Revista de Psicología, Universidad de Antioquia*, 2 (4), 33-45.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomson
- Organización mundial de la salud [OMS] (2013). *Salud Mental: Un estado de bienestar*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1&ua=
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *10 datos sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2015). *La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050; se requieren importantes cambios sociales*. recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&vwqaiiew=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=e
- Peco., (2010). *Cuidados especializados en la enfermedad de Alzheimer*. Disponible en: <http://www.emagister.com/curso-cuidados-especializados-enfermedad-alzheimer/cuidador-perfil-sindrome-urn-out>
- Pinto, N., Barrera, L., y Sánchez, B. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “cuidando a los cuidadores”. *Revista Aquichan*, 5 (1), 128-137. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/66/136>
- Pozet, A., Lejeune, C., Bonnet, M., Dabakuyo, S., Dion, M., Fagnoni, P., ... & Bonnetain, F. (2016). Evaluation of efficacy and efficiency of a pragmatic intervention by a social worker to support informal caregivers of elderly patients (The ICE Study). *Study protocol for a randomized controlled trial*, 17 (1). 2- 12.
- Quinn, W., & Herndon, A. (1986). The family ecology of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 4 (1), 45-49.
- Robison, J., Fortinsky, R., Kleppinger, A., Shugrue, N., & Porter, M. (2009). A broader view of family caregiving: effects of caregiving and caregiver conditions on depressive symptoms, health, work, and social isolation. *Journal of gerontology: social sciences*, 64 (6), 788-98.
- Rodríguez, A. (2011). *Sobrecarga Psicosfísica en Familiares Cuidadores de Enfermos de Alzheimer. Causas, Problemas y Soluciones*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>.
- Rodríguez, P. (2004). *Características del cuidado informal en España. Ponencia presentada en el XLVI Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*. Canarias: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Roig, M., Abengózar, M., y Sierra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de psicología*, 14 (2), 215-227.
- Ruiz, A., y Nava, G. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermeria Neurologica*, 11 (3), 163 -169.

- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, C. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclee. Recuperado de <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433025357.pdf>
- Ruiz-Robledillo N. y Moya-Albiol L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30.
- Salazar, A. y Castellanos, M. (2017). *Revisión de intervenciones de síntomas psicológicos de la sobrecarga en mujeres cuidadoras de adultos mayores dependientes* [Tesis de grado]. Colombia: Universidad El Bosque.
- Salazar, A. y Gómez, L. (2015). *Protocolo de evaluación psicológica para los cuidadores informales de personas con dependencia física o mental de la armada nacional*. Colombia: Universidad El Bosque.
- Salazar, A., Murcia, L., y Solano, J. (2016). Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: Revisión de artículos publicados entre 1997 – 2014. *Archivos medicina*, 16 (1), 144 -154.
- Salazar, A., Solano, J. y Murcia-Paredes, L. (2013) *Guía Psicológica preliminar para el manejo de la sobrecarga de cuidadores*. Colombia: Universidad El Bosque.
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature reviews. *Maturitas*, 66 (22), 191-200.
- Schülz, R., & Williamson, G., (1991). A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging*, 6 (4), 569-578.
- Segura, A., Peña, R. y Gonzales, E. (2014). Valoración de la ansiedad y depresión en cuidadores informales del adulto mayor dependiente del Policlínico Chiclayo – Oeste durante julio – diciembre 2012. *Revista cuerpo medico*, 7 (1), 19-23.
- Semple, S.J. (1992). Conflict in Alzheimer's caregiving families: Its dimensions and consequences. *The Gerontologist*, 32 (5), 648-655.
- Strawbridge, W. & Wallhagen, M. (1991). Impact of family conflict on adult child caregivers. *The Gerontologist*, 31 (6), 770-777.
- Tartaglioni, M., Ofman, S., Hermida, P., Dorina, S. (2007). Factores de riesgo psicosocial en cuidadores familiares de pacientes con demencia. *Revista de investigaciones en psicología*, 16 (2), 131-149.
- Úbeda, B., Roca, R., y García, V. (1998). Presente y futuro de los cuidados informales. *Enfermería Clínica*, 8 (3) 116-21.
- Vega, G., gallegos, R., Xequé, A., Juárez, A., y Perea, M. (2014). *Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado*. Recuperado de

http://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v7-n1/03Articulo.pdf

Wilson, H. (1989). Family caregiving for a relative with Alzheimer's Dementia: Coping with Negative Choices. *Nursing Research*, 38(2), 94-98.

Zarit, S., Reever, K. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired Elderly: Correlates of feelings of Burden. *The gerontologist*, 20 (6), 649-655.