

# **TÉCNICAS DE RELAJACIÓN COMO INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN EL MANEJO DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

Autor:

Gerard Fuentes Brun

Tutora URV: Margarita Torrente Torné

Tutora del centro: Nuria Ruiz De Haro

Centro:

Associació d'Alzheimer i Altres Trastorns Neurocognitius de Reus

Universitat Rovira i Virgili



## **AGRADECIMIENTOS**

- Nuria Ruiz de Haro
- Margarita Torrente Torné
- Familiares de los usuarios del centro
  - Silvia Brun Aznar
  - Maria Cruz Aznar



En el 2017 más de un 10% de personas en España informó haber sufrido algún tipo de enfermedad o trastorno mental

En el 2021 se informó de que alrededor de 1,2 millones de personas padecían de algún tipo de demencia en España

En el 2020 había alrededor de 1,3 millones de personas que eran consideradas cuidadores principales, en España

De estos, un 92% aproximadamente son familiares de la persona dependiente a su cargo

Debido al envejecimiento de la población, las mejoras en el diagnóstico, los cambios en los factores de riesgo y el aumento de conciencia sobre la salud y la enfermedad, se espera que estos números aumenten considerablemente en los próximos años, a la vez que aumenta la esperanza de vida, y hablamos tanto del número de enfermos como el de sus cuidadores.

Entonces, ¿cómo se va a abordar la salud del cuidador en un futuro que comienza ahora?



## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. Introducción .....                           | 7  |
| 1.1 Contexto y justificación .....              | 7  |
| 1.2 Objetivos .....                             | 8  |
| 2. Revisión de la literatura .....              | 8  |
| 2.1 Marco teórico .....                         | 8  |
| 3. Metodología .....                            | 23 |
| 3.1 Participantes .....                         | 23 |
| 3.2 Instrumentos y medidas .....                | 25 |
| 3.3 Procedimiento y cronograma .....            | 29 |
| 3.4 Análisis de datos .....                     | 34 |
| 4. Resultados .....                             | 35 |
| 4.1 Presentación de los datos .....             | 35 |
| 4.2 Análisis de los resultados .....            | 40 |
| 5. Discusión .....                              | 41 |
| 5.1 Interpretación de los resultados .....      | 41 |
| 5.2 Limitaciones del estudio .....              | 43 |
| 5.3 Direcciones futuras de la investigación ... | 43 |
| 6. Conclusiones .....                           | 44 |
| 7. Reflexión personal .....                     | 46 |
| 8. Referencias bibliográficas .....             | 50 |



|                            |    |
|----------------------------|----|
| 9. Anexos .....            | 53 |
| Anexo 1: Imágen 1 .....    | 53 |
| Anexo 2: Imágen 2 .....    | 54 |
| Anexo 3: Imágen 3 .....    | 55 |
| Anexo 4: Imágen 4 .....    | 56 |
| Anexo 5: Imágen 5 .....    | 57 |
| Anexo 6: Imágen 6 .....    | 58 |
| Anexo 7: Imágen 7 .....    | 59 |
| Anexo 8: Imágen 8 .....    | 60 |
| Anexo 9: Imágen 9 .....    | 61 |
| Anexo 10: Imágen 10 .....  | 62 |
| Anexo 11: Imágen 11 .....  | 63 |
| Anexo 12: Gráfico 1 .....  | 66 |
| Anexo 13: Gráfico 2 .....  | 67 |
| Anexo 14: Gráfico 3 .....  | 68 |
| Anexo 15: Gráfico 4 .....  | 69 |
| Anexo 16: Gráfico 5 .....  | 70 |
| Anexo 17: Gráfico 6 .....  | 71 |
| Anexo 18: Gráfico 7 .....  | 72 |
| Anexo 19: Gráfico 8 .....  | 73 |
| Anexo 20: Gráfico 9 .....  | 74 |
| Anexo 21: Gráfico 10 ..... | 75 |
| Anexo 22: Gráfico 11 ..... | 76 |
| Anexo 23: Gráfico 12 ..... | 77 |
| Anexo 24: Gráfico 13 ..... | 78 |



|                              |    |
|------------------------------|----|
| Anexo 25: Gráfico 14 .....   | 79 |
| Anexo 26: Gráfico 15 .....   | 80 |
| Anexo 27: Gráfico 16 .....   | 81 |
| Anexo 28: Gráfico 17 .....   | 82 |
| 10. Epílogo                  |    |
| El contacto silencioso ..... | 83 |



## **1. Introducció**

### **1.1. Contexto y justificació**

Cuando acudí en mi primer día de prácticas al departamento de familias de la Asociación de Alzheimer y Otros Trastornos Neurocognitivos de Reus se me explicaron todas las actividades que íbamos a ir realizando durante los siguientes 3 meses, aproximadamente.

Lo primero que vi claro en los grupos psicoeducativos (grupos de personas que son socios de la Asociación o bien tienen a su familiar registrado como usuario en el centro y deciden acudir para aprender más acerca de lo que padece su familiar) es que estos estaban formados sólo por mujeres. Esto me llamó la atención, debido a que la prevalencia de Alzheimer en la población normal es mayor en mujeres.

Esta fue una primera idea a estudiar para el Trabajo de Fin de Grado pero la deseché porque no encajaba en el área de la neuropsicología.

Después, acabé dándome cuenta de la ansiedad que este grupos de cuidadores mostraba debido a la preocupación constante por el futuro, cómo iba a progresar la enfermedad de sus familiares, cómo iba a variar el comportamiento de estos, cuánto iba a durar, con miedo a salir a la calle y a que su familiar tuviera una conducta inapropiada, con miedo a no cuidar bien, a no ser suficiente, con gran sentimiento de impotencia por encontrarse un presente que no habían elegido o en fases de negación de la enfermedad y por ello se aferraban a cualquier mínima esperanza de curación y la culpa por perder la paciencia con su familiar, etc.

Entonces empecé a buscar información al respecto y vi que había potencial de estudio. Pensé que la psicología positiva, la neurociencia y el mindfulness podrían aportar algún beneficio a las vidas de estas personas.

Puse en marcha lo que sería mi Trabajo de Fin de Grado comenzando con una exhaustiva búsqueda para poder conocer el funcionamiento de la ansiedad en el organismo y también conocer bien todas las técnicas de relajación no farmacológicas.



Los grupos psicoeducativos sobre los que haré el estudio tienen lugar en la sede de la Asociación de Alzheimer y Enfermedades Neurodegenerativas de Reus cada quince días con dos sesiones semanales, una el miércoles y otra el jueves. Para que los familiares que no pueden asistir un día, porque deben hacerse cargo del usuario, asistan al siguiente.

Es en cada sesión donde decidí aplicar una relajación al final de la sesión con el fin de reforzar el mensaje y la temática que había impartido la psicóloga Nuria Ruiz de Haro, mi tutora de prácticum.

### **“La relajación como intervención no farmacológica en el manejo del estrés y la ansiedad en cuidadores de personas con demencia”**

#### **1.2. Objetivos**

##### Objetivo general:

El objetivo principal es reducir la ansiedad que padecen los cuidadores de personas dependientes, en este caso específico con una enfermedad neurodegenerativa, mediante el uso de técnicas de relajación guiada dotándolos de una herramienta útil y extrapolable a su vida cotidiana con el fin de tener un mayor control emocional en las situaciones estresantes o con gran carga emocional.

##### Objetivos específicos:

- Ver si los individuos del grupo de cuidadores pueden padecer ansiedad y/o depresión y si padecen del síndrome del cuidador quemado.
- Comprobar si el grupo en general puede padecer ansiedad y/o depresión y si padecen del síndrome del cuidador quemado.
- Ver si la intervención surge efecto sobre esta ansiedad que pueden padecer.
- Analizar si este efecto es significativo o no mediante un análisis estadístico.



## 2. Revisión de la literatura

### 2.1. Marco teórico

#### FISIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

Hay muchos autores que afirman que las emociones son una forma más de comunicación tanto para las relaciones interpersonales como para comunicarnos con nosotros mismos; al fin y al cabo, una emoción es única en un individuo único, esta guarda un mensaje para nosotros mismos, que sólo vamos a sentir nosotros y que surge en una situación que únicamente nosotros interpretamos y le otorgamos un significado.

En efecto, las emociones son un tipo de lenguaje personal complicado de explicar para que otro interlocutor las entienda, de hecho, en ocasiones puede resultar un lenguaje indescifrable para "el otro", ya que para entender una emoción ajena utilizamos la parte lógica del cerebro pero es sabido que las emociones no son generadas por la parte lógica sino por el sistema límbico cerebral (Luengo, 2015) y que desencadenan un torrente de neurotransmisores.

Últimamente en el mundo de la psicología positiva se habla mucho del mundo emocional, donde encontramos ciertas emociones protagonistas, como son la ansiedad, la ira, el asco (desprecio), etc.

Diversos investigadores declaran que la ansiedad es consecuencia de un proceso de hiperactivación de la amígdala cerebral y la definen como el centro generador de ansiedad por excelencia.

La amígdala desempeña un papel central en la respuesta de ansiedad. Es una estructura en forma de almendra que se encuentra en el sistema límbico del cerebro, y tiene una función clave en la regulación de las emociones, especialmente en situaciones de miedo y estrés (*Amígdala cerebral: estructura y funciones*, 2016).

Durante un proceso de ansiedad, la amígdala se activa y desencadena una serie de respuestas fisiológicas y emocionales. Recibe información sensorial de diferentes



áreas del cerebro, como los sentidos y la corteza cerebral, y evalúa esta información en busca de posibles amenazas. Si se percibe una amenaza, la amígdala activa una respuesta de lucha o huida, preparando al cuerpo para reaccionar.

La activación de la amígdala durante la ansiedad puede tener varios efectos. En primer lugar, puede aumentar la actividad del sistema nervioso autónomo, lo que provoca respuestas físicas como el aumento de la frecuencia cardíaca, la sudoración y la dilatación de las pupilas. También puede afectar a la liberación de neurotransmisores, como la noradrenalina, que están implicados en la respuesta al estrés.

Además, la amígdala está conectada con otras áreas cerebrales involucradas en la regulación emocional, como la corteza prefrontal, el hipocampo (memoria) y el cuerpo estriado (motivación y control de movimiento). Estas conexiones permiten que la amígdala influya en la interpretación y el procesamiento emocional de la información, lo que puede intensificar la respuesta de ansiedad.

Es importante destacar que la ansiedad es un proceso complejo y que la amígdala es solo una parte del sistema que la regula. Otros factores, como las experiencias pasadas, la genética y el entorno, también influyen en la respuesta de ansiedad. El estudio de la amígdala y su función en la ansiedad es uno de los temas de investigación activos en neurociencia (*La ansiedad, respuesta natural del organismo ante el peligro*, s. f.).

La amígdala se comunicará con otras áreas cerebrales que analizarán y devolverán la respuesta, el problema es que esta amígdala no está del todo adaptada para los tiempos actuales. El mejor ejemplo para entender el funcionamiento de esta área cerebral ante un estímulo amenazante es "el ejemplo del tigre": Cuando vivíamos en cuevas y no teníamos la seguridad de poder comer en el día de mañana, esta amígdala nos podía salvar en varias ocasiones. Si hubiera un encuentro con un tigre, esta se activaría y pondría en marcha todos los sistemas de huida y evitación para poder sobrevivir. Sin embargo, hoy día no encontramos tigres por las calles y su



función se limita a generar una respuesta ansiosa delante de otros estresores como puede ser un examen, un trabajo, un correo electrónico, llegar tarde a alguna cita, etc.

Y así, delante de un tigre o de una situación estresante del primer mundo, la respuesta que se da en el individuo es la misma, tanto a nivel conductual como hormonal:

La activación del sistema nervioso simpático desencadena una serie de cambios fisiológicos, la liberación de hormonas del estrés como el cortisol y la adrenalina, lo que conlleva un aumento del ritmo cardíaco y respiratorio que se convierte de tipo superficial, la dilatación de las pupilas y la tensión muscular. Estos cambios están destinados a preparar al cuerpo para la lucha o la huida, proporcionando más energía, aumento de la atención y la reactividad frente al estímulo estresante.

El caso es que si el problema fuera que no llegamos a fin de mes por mucho que huyamos, esta respuesta no será del todo beneficiosa o más bien no paliará el estímulo que nos genera dicho malestar.

El sistema nervioso simpático es el encargado de la respuesta de "lucha o huida" en la que el cuerpo se prepara para la acción enérgica. El sistema nervioso parasimpático, por otro lado, es el encargado de la respuesta de "descanso y digestión" en la que el cuerpo se relaja y la actividad metabólica disminuye. Idealmente, estos dos sistemas deben estar en equilibrio, pero en situaciones estresantes como las que he descrito, el sistema nervioso simpático suele predominar.

Hoy se sabe que una exposición prolongada al estrés tiene efectos negativos en el cuerpo generando fatiga, problemas de sueño, alteraciones del apetito e incluso enfermedades físicas y mentales (Harvard Health, 2020).

Por otra parte, no hay que confundirse y tachar como algo negativo las consecuencias que generan el funcionamiento de la amígdala. De hecho, la ansiedad tiene beneficios en el desempeño cognitivo y conductual del sujeto que la padece. La respuesta ansiosa es necesaria en muchos aspectos de la vida, aunque ahora nos deshagamos del "tigre" solo tecleando una pantalla o haciendo una llamada. El problema viene cuando vivimos una situación de ansiedad crónica, esta ansiedad



persiste en nuestro organismo y nos contamina haciendo que la persona ansiosa sufra de una sensación de tensión o nerviosismo constante, inquietud o impaciencia, fatiga o cansancio excesivo, irritabilidad, cambios de humor, dificultad para concentrarse, problemas para dormir, dolores de cabeza o musculares, sudoración excesiva, problemas gastrointestinales, como dolor abdominal o diarrea y en un futuro podremos saber la incidencia sobre enfermedades de deterioro cognitivo (*Cambios en la personalidad y la conducta relacionados con la enfermedad de Alzheimer*, s. f.).

Hay técnicas de psicoterapia que están emergentes en los Estados Unidos como es el caso del AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy), una técnica dinámica guiada por Diana Fosha de breve duración que se enfoca en promover la sanación emocional del paciente a través del procesamiento de experiencias traumáticas que según su creadora se enfoca en "transformar la relación del paciente consigo mismo y con los demás" (*¿Qué es AEDP | AEDP Europe*, s. f.).

En esta técnica se habla de un triángulo de las emociones por el que hay que ir descendiendo hasta llegar a la emoción fundamental. La literatura científica acepta seis emociones básicas y Diana Fosha las utiliza como objetivo final del proceso de sanación del trauma. En esta técnica se considera la ansiedad como una emoción inhibitoria de las anteriores "junto a la culpa y la vergüenza". Es decir, la ansiedad se encontraría en una etapa media del proceso de curación de la persona. Según el AEDP el proceso empieza evitando y superando las defensas del individuo a sanar, las emociones inhibitorias y después la aceptación asertiva de la emoción básica que surge ante dicho trauma o situación vivida (Hendel, 2020).

Hay que tener en cuenta que esta técnica no trata patologías.

Sin embargo, también podemos encontrar la palabra ansiedad como patología.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) define clínicamente la ansiedad como un estado de aprensión o tensión difusa o vaga, frecuentemente acompañado de una más sensaciones físicas (aumento de la presión arterial, de la frecuencia cardiaca y respiratoria, sudoración, etc.) (Ramírez, 2021).



En el DSM-V encontramos definidos estos tipos de ansiedad (DSM-5, 2013):

- 309.21** (F93.0). Trastorno de ansiedad por separación (129)
- 313.23** (F94.0). (F94.0). Mutismo selectivo (130)
- 300.29** (\_\_\_\_.\_\_\_\_). Fobia específica (130)
- Especificar si:*
- (F40.218). Animal
- (F40.228). Entorno natural
- (\_\_\_\_.\_\_\_\_). Sangre-inyección-lesión
- (F40.230). Miedo a la sangre
- (F40.231). Miedo a las inyecciones y transfusiones
- (F40.232). Miedo a otra atención médica
- (F40.233). Miedo a una lesión
- (F40.248). Situacional
- (F40.298). Otra
- 300.23** (F40.10). Trastorno de ansiedad social (fobia social) (132)
- Especificar si:*
- Sólo actuación
- 300.01** (F41.0). Trastorno de pánico (133)
- \_\_\_\_.\_\_\_\_ (\_\_\_\_.\_\_\_\_). Especificador de ataque de pánico (135)
- 300.22** (F40.00). Agorafobia (136)
- 300.02** (F41.1). Trastorno de ansiedad generalizada (137)



\_\_\_\_.\_\_\_\_ (\_\_\_\_.\_\_\_\_). Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/  
medicamentos (138)

*Nota:* Véanse los criterios y procedimientos de registro correspondientes para los códigos específicos de sustancias y la codificación CIE-9-MC y CIE-10-MC. Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del consumo de medicamentos.

**293.84** (F06.4). Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica (142)

**300.09** (F41.8). Otro trastorno de ansiedad especificado (143)

**300.00** (F41.9). Trastorno de ansiedad no especificado (144)

DSM-5 (2013)

## LA ANSIEDAD EN LA NEUROCIENCIA

La neurociencia ha hecho grandes aportaciones respecto a este estado emocional y ha propuesto diversas teorías de tipo neuroquímico y genético que nos permiten conocer un poco mejor el proceso ansioso desde su sustrato neural (Ramírez, 2021).

Existen diversos modelos de neurotransmisión que explican el fenómeno:

- Un primer modelo habla de la noradrenalina que proviene del núcleo locus coeruleus. Los investigadores se dieron cuenta que mediante la estimulación con yohimbina (antagonista noradrenérgico) del locus coeruleus produce ataques de pánico.
- El segundo modelo asume que la ansiedad es producto de alteraciones en el receptor GABA<sub>A</sub>, encargado de reconocer el neurotransmisor ácido-gamma aminobutírico (GABA).



- El tercer modelo estudia la actividad serotoninérgica, se ha visto que la ansiedad está relacionada con un aumento de esta actividad.
- Finalmente, en un cuarto modelo se habla de la participación del péptido colecistoquinina, al igual que el primer estudio, si se estimula a nivel neuronal con antagonistas de la colecistoquinina se producen ataques de pánico (Dauge y Léna, 1998).

Es importante conocer los neurotransmisores que se ponen en marcha en un proceso ansioso con el fin de controlar la segregación de estos y sus consecuencias a nivel neural y corporal.

### **INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA ANSIEDAD EN EL CUIDADOR**

En el ámbito clínico existen diversos instrumentos para diagnosticar la ansiedad. Para la práctica que yo he realizado ha sido más fácil utilizar la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale o HADS) ya que es una herramienta de evaluación breve y eficaz desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983 para detectar la presencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados o en atención primaria. Esta escala consta de 14 preguntas en total, 7 relacionadas con la ansiedad y 7 con la depresión, y cada pregunta se puntúa de 0 a 3 para evaluar la severidad de los síntomas en una escala graduada. La puntuación total para cada subescala se interpreta de la siguiente manera (De Las Cuevas et al., 1995):

- 0-7 puntos: no hay signos de trastornos de ansiedad o depresión clínicamente significativos.
- 8-10 puntos: presencia de síntomas leves.
- 11-21 puntos: presencia de síntomas moderados o severos.

He considerado este instrumento más adecuado que otros debido al corto plazo de tiempo del que disponía para aplicar, evaluar y obtener conclusiones sobre la intervención planteada (De Las Cuevas et al., 1995).



He tenido en cuenta que el HADS no es un instrumento diagnóstico completo ya que se suele recomendar para la detección temprana de la ansiedad y de la depresión y como herramienta de evaluación y monitorización del tratamiento de los pacientes. Normalmente, es utilizado como un test de autoevaluación o como test de cribaje en terapia individual (De Las Cuevas et al., 1995).

Es notable la ansiedad y estrés que padecen los cuidadores principales de personas con dependencia. Este puede ser causado por el gran sentimiento de culpa, el sentimiento de soledad contra el mundo, la apatía o sensación de estar apagado, el aislamiento social y muchos otros síntomas que ellos mismos relatan durante las sesiones grupales. No es ningún secreto que los cuidadores de enfermos con demencia experimentan altos niveles de estrés y ansiedad debido a las exigencias y demandas del cuidado de alguien con una enfermedad degenerativa (*La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. Análisis y propuestas de intervención psicosocial.* • *Fundación Pilares, s. f.-b*).

El estrés del cuidador puede manifestarse de diversas maneras. Algunas posibles formas en que los cuidadores pueden experimentar ansiedad son (*Estrés de las personas encargadas del cuidado: Consejos para cuidarte a ti mismo, 2022*):

1. Preocupación constante por el bienestar del paciente.
2. La incertidumbre en cuanto a los momentos en que la enfermedad pueda empeorar o progresar.
3. Tener que lidiar con cambios imprevisibles de humor o comportamiento del paciente.
4. La falta de tiempo para satisfacer sus propias necesidades o cuidados. De hecho algo que se escucha mucho en los grupos de apoyo entre cuidadores, es que el cuidador se cuida a sí mismo.
5. El sentimiento de aislamiento social, que puede resultar de tiempo insuficiente disponible para actividades sociales e incluso la negación de un permitido tiempo libre para despegarse de las obligaciones familiares.
6. Culpabilidad posterior a perder los nervios. "Se me acaba la paciencia".



7. La unión sentimental entre el cuidador y el paciente (hijos que cuidan de sus padres, maridos que cuidan de sus esposas o viceversa, ...). Lo que quiero decir con esto es que esta unión sentimental liga al pasado el recuerdo que tiene el cuidador sobre la persona cuidada.

El cuidador sufre un duelo en vida, ve cómo debe cuidar a una persona que conocía muy bien pero que ahora ya no es la misma, el cuidador experimenta una pérdida de un ser querido en vida. Además, ellos mismos afirman que es esencial tener cierta estima hacia la persona cuidada para poder cuidarla. De hecho, algunos dicen: "para cuidar hay que AMAR".

8. La sensación de incompreensión que padece el cuidador respecto a la falta de capacidad empática de un enfermo de estas características.

Aquí muestro un conjunto de signos y síntomas que aparecen comúnmente en los cuidadores a largo plazo como resultado de la sobrecarga de cuidado.

Los síntomas del cuidador quemado pueden incluir:

1. Agotamiento físico y emocional.
2. Sentimientos de tristeza, soledad y desesperación.
3. Dificultad para dormir o descansar lo suficiente.
4. Cambios significativos en el apetito y en los patrones alimentarios.
5. Falta de energía o motivación para realizar actividades cotidianas.
6. Irritabilidad, ansiedad o sensación de abrumamiento.
7. Problemas de atención y concentración.
8. Sentimientos de culpa o de que no están haciendo lo suficiente por su ser querido.
9. Pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras.
10. Aislamiento social y desconexión de amigos y familiares.

Para el diagnóstico utilizo el test Zarit, conocido también como Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Hsjd, s. f.), este fue desarrollado con el objetivo de medir la carga y el estrés del cuidador de personas dependientes. Este defiende que el estrés



es debido a un desequilibrio entre las demandas ambientales y los recursos del individuo.

Consta de 22 ítems centrados en las consecuencias de la atención del cuidador, como el impacto en su tiempo personal, su seguridad económica y sus relaciones sociales. Es un test fiable y válido.

Las bases científicas del test Zarit se basan en la idea de que el familiar/ cuidador puede experimentar estrés y sobrecarga debido a la exigencia del trabajo que desempeñan. En general este test ha sido ampliamente utilizado en la investigación y en la práctica clínica (Hsjd, s. f.).

## **BENEFICIOS DE LA RELAJACIÓN SOBRE LA ANSIEDAD**

### **(LA RESPIRACIÓN)**

Ya hay importantes estudios que afirman que al practicar la relajación, se promueve la activación del sistema nervioso parasimpático, que tiene un efecto contrario y fomenta la relajación y la calma.

La práctica más o menos regular de técnicas de relajación psicológica conlleva efectos indirectos en los neurotransmisores relacionados con la ansiedad. Por ejemplo, se ha visto que en la meditación aumenta la actividad de un neurotransmisor como la serotonina que se produce en un 90% en el intestino, implicada en la regulación del estado de ánimo y la ansiedad. Al mismo tiempo, se ha demostrado que la meditación reduce la actividad de la amígdala, con lo que disminuye la respuesta ansiosa.

La relajación puede reducir los niveles de ansiedad y enseñar a las personas cómo controlar sus pensamientos y sentimientos ansiosos, puede ayudar a reducir los niveles de estrés y promover una mayor sensación de calma y bienestar, puede mejorar la calidad del sueño y reducir los problemas de sueño asociados con la ansiedad, ayudar a reducir la tensión muscular, que se asocia comúnmente con la ansiedad y el estrés, mejorar la claridad mental y la capacidad de concentración, lo



que puede ser beneficioso para las personas que sufren de ansiedad, puede ayudar a reducir la presión arterial y mejorar la salud cardiovascular y puede aumentar la sensación de bienestar y relajación, lo que puede tener beneficios a largo plazo.

Hay diversos autores que estudian la relación de la respiración como el instrumento principal de la relajación y la emoción, como los profesores Bloch y Santibañez que definieron los *patrones efectores emocionales*, conjunto de características que adquieren la respiración, postura corporal y gesto facial ante una emoción. Afirmaron que el cuerpo manifiesta la experiencia porque es parte de ella y que la respiración cambia con las situaciones que conllevan una emoción y que está es capaz de cambiar nuestra percepción de la situación. Después la autora Susana Bloch describió el tipo de respiración que se da dependiendo de la emoción sentida, por ejemplo la rabia se caracteriza por inspiraciones y expiraciones grandes, de tipo nasal, fuertes; el miedo, también conlleva respiraciones profundas pero de manera descontrolada, de hecho Nazareth Castellanos afirma que es la emoción más difícil de reproducir; la respiración cuando uno está triste es pausada; la alegría es muy parecida a la tristeza pero con una aceleración mayor, siempre nasal (Castellanos, 2022).

En el libro "Neurociencia del Cuerpo" de Nazareth Castellanos se explica al detalle las diferencias de una respiración controlada de tipo nasal y de tipo bucal. Cada vez que inspiramos por la nariz las neuronas hipocampales se activan "*hablar de memoria es hablar del hipocampo. Aunque no es la única zona involucrada en la memoria, sí es considerada como su principal centro regulador*" (Castellanos, 2022). Castellanos (2022) explica que la respiración influye en la capacidad de memorizar porque es "*el ritmo lento, sólido y constante*" que sustenta el ritmo gamma con el que trabajan las neuronas en el hipocampo. En sus estudios recientes han observado que en cada inspiración, especialmente la nasal, las neuronas del hipocampo alinean su actividad. En cambio en momentos en los que solo interesa el presente suele haber un respiración bucal inconsciente, como es en el caso de la sexualidad (Castellanos, 2022).

Por lo que es indudable que un entrenamiento diseñado para tener un control de la respiración tiene innumerables beneficios sobre el individuo y su estado de bienestar.



Hay muchas otras investigaciones que utilizan como base este tratamiento no farmacológico, el control de la respiración.

Ahora se está haciendo muy famoso en la sociedad es el método Wim Hof.

El método o técnica de respiración Wim Hof se basa en la unión de la respiración tradicional con movimientos suaves y un entrenamiento en clima frío. Durante la misma, la temperatura corporal sube y, en consecuencia, mejora la salud y se potencia el rendimiento físico y mental (Alba, 2023).

A nivel neuronal, el método Wim Hof ha sido objeto de interés en la investigación científica debido a los efectos observados en el sistema nervioso y las respuestas fisiológicas. Algunos de los hallazgos preliminares sugieren que la práctica de la técnica de respiración de Wim Hof puede influir en el sistema nervioso autónomo y en la respuesta al estrés, así como en la regulación del estado de ánimo.

En relación con el sistema nervioso autónomo, se ha observado que la técnica de respiración de Wim Hof puede aumentar la activación del sistema nervioso simpático, que está asociado con la respuesta de "lucha o huida". Esto puede manifestarse en un aumento temporal de la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

El control de esta activación del sistema nervioso simpático ayuda a que el individuo sea capaz de manejar mejor las situaciones cotidianas que le generan una situación semejante (Alba, 2023).

Por lo que es innegable que hay una gran diversidad de beneficios debidos a la relajación.

## **OTRAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN**

Hay muchos tipos de técnica de relajación.

La relajación muscular progresiva por ejemplo implica tensar y luego relajar progresivamente los grupos musculares de todo el cuerpo, comenzando por los pies y avanzando hasta la cabeza. Hay diversos estudios que hablan de los beneficios de practicar la tensión controlada de la musculatura seguida de la relajación.



También es muy común la respiración profunda, esta implica inhalar profundamente por la nariz, sosteniendo la respiración durante unos segundos y luego exhalando lentamente por la boca.

Una que da mucha libertad a la creatividad es la imaginación guiada, esta técnica implica imaginar un lugar o situación relajante y visualizarlo en detalle. Se cree que la imaginación guiada ayuda a reducir la ansiedad al cambiar el foco de la atención.

Después podemos encontrar muchas otras como la meditación que implica enfocar la atención en un objeto, pensamiento o mantra específico con el objetivo de reducir el estrés y la ansiedad. La meditación puede incluir técnicas como la atención plena y la meditación trascendental (técnica mindfulness).

Es importante entender que cada vez que se practica alguna técnica de relajación se actúa directamente en el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) el cual controla todas las acciones involuntarias, esto se refiere tanto a la frecuencia cardíaca y respiratoria como a la salivación. Este se divide en dos ramas, el simpático y el parasimpático de los cuales ya hemos hablado.

Ahora que sabemos que las técnicas de relajación pueden ser efectivas para reducir tanto la ansiedad como el estrés de individuos con distintos niveles de estas características, toca recalcar la importancia del papel del profesional de la salud mental que debe determinar qué técnicas son las más adecuadas para cada persona y dar una guía correcta de estas.

### **TÉCNICAS PUESTAS EN MARCHA EN MI GRUPO DE TRABAJO**

(RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA DE JACOBSON Y DE IMAGINACIÓN GUIADA)

Los dos tipos de relajación que he elegido para esta intervención con los familiares de los usuarios del centro son: la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson y la técnica de relajación de imaginación guiada para así intentar adaptar y adecuar al grupo cada relajación de la mejor manera posible.



Primera técnica:

A) Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.

Edmund Jacobson argumentaba que la tensión muscular acompaña a la ansiedad por lo que uno puede reducir la ansiedad al relajar de forma consciente la musculatura. Este tipo de práctica requiere una fase de entrenamiento (Neurofeedback, 2021).

La posición que se debe adquirir para esta relajación es sentado o estirado con los ojos cerrados (el mayor número de las veces) para así aislar la sensación corporal. Deben centrar su atención en las secuencias de tensión y relajación muscular manteniendo la tensión durante cinco segundos (inspira) y después relajando la zona durante diez segundos (expira). Esta práctica suele durar durante 10-20 minutos. Una vez se haya tensado y relajado todos los músculos hay que centrar la atención en esa sensación agradable que queda al finalizar. Después toca volver al presente y al estado de alerta (Neurofeedback, 2021).

Ejemplo:

### **Brazos**

Estira el brazo derecho y ténsalo tanto como puedas manteniendo el puño cerrado. Ejerce tensión sobre todo el brazo, desde la mano hasta el hombro. Nota la tensión en el bíceps, el antebrazo, la muñeca y los dedos. Gradualmente, relaja y baja el brazo hasta donde lo apoyes. Céntrate, después, en la sensación de relajación, respira normal y deja los músculos de los brazos flojos, relajados, sin tensión. Nota la diferencia entre tensión y relajación. Repite la secuencia con el brazo izquierdo (Neurofeedback, 2021).

Segunda técnica:

B) Técnica de imaginación guiada.

La técnica de relajación de la imaginación guiada es una forma de reducir el estrés y la ansiedad a través de la visualización de experiencias relajantes.

Según una fuente de información del Anxiety and Depression Association of America (Bohlmeijer et al., 2010), para llevar a cabo esta técnica, se puede seguir los siguientes pasos:



1. Encuentra un lugar tranquilo y establece el ambiente adecuado.
2. Elige un foco de atención, como una imagen o experiencia, que evoque sentimientos de calma y tranquilidad.
3. Cierra los ojos y respira profundamente.
4. Visualiza el foco de atención con la mayor cantidad de detalles posible, utilizando todos los sentidos para crear una experiencia vívida.
5. Permite que el entorno te envuelva y relaja tu mente y cuerpo.
6. Permanece dentro de esta visualización durante unos minutos y lentamente regresa al presente.

Esta técnica puede requerir práctica y adaptarse a las preferencias individuales. La duración y la cantidad de detalles de la visualización pueden variar según la persona y el profesional.

En el 2005, se identificó mediante la neuroimagen que la corteza orbitofrontal experimenta un incremento anatómico cuando se trabaja el altruismo o agradecimiento, después de cada inspiración las neuronas de este área cerebral producen la *inspiración alfa*, un tipo de oscilación, el himno del cerebro (Castellanos, 2022).

Por lo que durante todas las relajaciones de este tipo se intenta lanzar mensajes que impacten sobre los individuos, que se vean reflejados. Y también, trabajar el agradecimiento para beneficiar esa corteza orbitofrontal.



### 3. Metodología

#### 3.1. Participantes

La intervención ha sido llevada a cabo con los participantes de los grupos psicoeducativos de la Asociación de Alzheimer y otros Trastornos Neurodegenerativos de Reus. Para acceder a estos grupos las/los cuidadoras/es principales de los usuarios del centro deben ser socios de la Asociación.

Por lo que los grupos son muy heterogéneos ya que no hay muchos requisitos para el acceso a estos.

- Edad y sexo, relación familiar entre cuidador/a y enfermo/a:

La muestra de la intervención está compuesta en un 77% de mujeres y un 22% de hombres (ver Anexo 12).

La mayoría de la muestra pertenece al grupo de edad de entre 62 y 70 años (un 55,6%), después en minoría encontramos sujetos de entre 52 y 60 años y mayores de 70 (ver Anexo 13).

Como la muestra, por normal general, tiene hijos/as, estos han sido los que suelen ayudar en los cuidados de la persona dependiente (ver Anexo 20).

- Nivel de estudios de las/los cuidadoras/es:

Por lo que a nivel de estudios se refiere, hay un predominio de un nivel medio de estudios en un 44% de la muestra, a este le sigue un 33% con un nivel bajo y un nivel alto con un 22% (ver Anexo 14).

- Compatibilidad laboral del cuidador/a:

Un 90% de la muestra se encarga solo de cuidar a la persona dependiente y un 10% cuida y a la vez trabaja (ver Anexo 15). Un 55% de los cuidadores afirman emplear más de 12 horas en el cuidado de la persona dependiente (ver Anexo 16).

\*Años dedicados al cuidado por parte del cuidador y consecuencias:



Por otro lado, un 44% de la muestra dice que lleva cuidando entre 3 y 5 años, la otra mayoría de la muestra lleva cuidando entre 1 mes y 2 años, por último hay un 10% que lleva más de 10 años (ver Anexo 17).

Toda la muestra cuida de un familiar (ver Anexo 18), un 90% convive con este (ver Anexo 19) y un 80% afirma haber notado cambios significativos a partir del diagnóstico de la enfermedad (ver Anexo 22) y estos cambios, en parte, han causado problemas de salud, de hecho un 44% de la muestra afirma tener más cansancio/ fatiga que antes(ver Anexo 23).

En cuanto al nivel económico de la muestra, este es de nivel medio en un 44%, de nivel bajo en un 22% y de un 33% de nivel medio/ bajo (ver Anexo 21).

- Necesidades expresadas por las/los cuidadoras/es:

Los cuidadores dicen necesitar mayor apoyo psicológico en un 55%, mayor ayuda económica en un 33% y mayor apoyo/ reconocimiento social en un 11% (ver Anexo 24).

Por último, un 55% dice que le agradecería disponer de ayuda de un cuidador y un 44% dice lo contrario (ver Anexo 25) y la mayoría preferiría que este cuidador fuera no familiar, una persona ajena (ver Anexo 26).

### **3.2. Instrumentos y medidas**

En cuanto a la evaluación cuantitativa, como se ha explicado en el apartado teórico, se aplicaron los test HADS y Zarit.

A continuación se muestran las preguntas que estos contienen y que la muestra tuvo que responder.



Estos son los ítems del test HADS:

1. Me siento tenso o nervioso.
  - Todos los días
  - Muchas veces
  - A veces
  - Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.
  - Como siempre
  - No lo bastante
  - Sólo un poco
  - Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.
  - Definitivamente y es muy fuerte
  - Sí, pero no es muy fuerte
  - Un poco, pero no me preocupa
  - Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.
  - Al igual que siempre lo hice
  - No tanto ahora
  - Casi nunca
  - Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
  - La mayoría de las veces
  - Con bastante frecuencia
  - A veces, aunque no muy a menudo
  - Sólo en ocasiones
6. Me siento alegre.
  - Nunca
  - No muy a menudo
  - A veces
  - Casi siempre
7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.
  - Siempre
  - Por lo general
  - No muy a menudo
  - Nunca
8. Me siento como si cada día estuviera más lento.
  - Por lo general, en todo momento
  - Muy a menudo
  - A veces
  - Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.
  - El Nunca
  - En ciertas ocasiones
  - Con bastante frecuencia
  - Muy a menudo
10. He perdido interés en mi aspecto personal.
  - Totalmente
  - No me preocupo tanto como debiera
  - Podría tener un poco más de cuidado
  - Me preocupo al igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.
  - Mucho
  - Bastante
  - No mucho
  - Nada
12. Me siento optimista respecto al futuro.
  - Igual que siempre
  - Menos de lo que acostumbraba
  - Mucho menos de lo que acostumbraba
  - Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
  - Muy frecuentemente
  - Bastante a menudo
  - No muy a menudo
  - Rara vez
14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.
  - A menudo
  - A veces
  - No muy a menudo
  - Rara vez

(De Las Cuevas et al., 1995)



Para corregirlo, se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada dimensión (7 ítems para la ansiedad y 7 ítems para la depresión), cada ítem se puntúa del 0 al 3, dando lugar a dos puntuaciones totales, una para cada dimensión. Cada dimensión se puntúa por separado, y los resultados se interpretan de la siguiente manera: 0-7 puntos indican normalidad, 8-10 puntos indican síntomas leves, 11-14 puntos indican síntomas moderados y 15-21 puntos indican síntomas graves (De Las Cuevas et al., 1995) (ver Anexo 1).

La información proporcionada por el Test HADS es la medida de los niveles de ansiedad y depresión de un paciente, lo que puede ser útil para determinar el tratamiento adecuado (De Las Cuevas et al., 1995).



Y estos son los ítems del test Zarit:

| Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview) |  |            |
|--|--|------------|
| Ítem   | Pregunta a realizar  | Puntuación |
| 1  | ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?   |            |
| 2  | ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?             |            |
| 3  | ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?                 |            |
| 4  | ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?   |            |
| 5  | ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?  |            |
| 6  | ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia? |            |
| 7  | ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?   |            |
| 8  | ¿Siente que su familiar depende de usted?  |            |
| 9  | ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?  |            |
| 10   | ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?   |            |
| 11   | ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?  |            |
| 12   | ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?                               |            |
| 13   | ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?  |            |
| 14   | ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?         |            |
| 15   | ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?                  |            |
| 16   | ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?   |            |
| 17   | ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?             |            |
| 18   | ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?   |            |
| 19   | ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?   |            |
| 20   | ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?  |            |
| 21   | ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?  |            |
| 22   | En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?                                     |            |

(▷ Escala de Zarit | Realiza aquí el test de Zarit, s. f.)



Para corregir el Test de Zarit se puntúa de 0 a 4 las respuestas a cada pregunta en función de la frecuencia e intensidad de la situación descrita en la pregunta (ver Anexo 10).

La puntuación total oscila entre 0 y 88, y cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la carga del cuidador. Esta herramienta se utiliza en diversos estudios e investigaciones sobre cuidados paliativos y geriatría. Las fuentes que respaldan esta información son "Escala de sobrecarga del cuidador Zarit (► *Escala de Zarit | Realiza aquí el test de Zarit, s. f.*): estructura factorial en una muestra de cuidadores colombianos", un estudio publicado en la Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencia, y "LA SOBRECARGA DE LAS CUIDADORAS DE PERSONAS DEPENDIENTES".

### **3.3. Procedimiento y cronograma**

En un principio la idea fue realizar un pre test y un post test al grupo A formado por individuos que asisten a los grupos psicoeducativos, es decir, cuidadores que tienen un familiar en el centro y se definen como cuidadores principales del mismo. Ese es el motivo por el que buscan apoyo en estos grupos guiados por Nuria Ruiz, psicóloga del centro.

Por otro lado, hubiera sido idóneo poder pasar este mismo pre test y post test a un grupo B, formado por individuos que tuvieran, al igual que el conjunto anterior, un familiar en el centro y que se definieran como cuidadores principales pero que no acuden a los grupos psicoeducativos, por lo que no recibirían las relajaciones.

El objetivo de esta comparación sería encontrar una reducción de la ansiedad y sensación de *burnout* sobre el grupo A y no el grupo B o control.

Todo el proceso de pre test y post tests se ha llevado a cabo de forma totalmente anónima.

Obstáculos encontrados en el procedimiento en esta práctica:

1. La vía de comunicación que la Asociación utiliza para contactar con los familiares que no acuden a los grupos psicoeducativos (grupo B) es imprecisa, es decir como la comunicación es vía correo electrónico no existe la seguridad



de que el destinatario lea el mensaje, por lo que decidimos descartar la comparativa grupo A y B. Por lo que la investigación carece de grupo control. No había forma de obtener un compromiso de asistencia a la realización de los pre y post tests por lo que se prefirió descartar y así evitar luego una variable no controlada.

2. La muestra con la que se comienza el experimento está formada por diez participantes, únicamente mujeres, todo y que la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer se da mayoritariamente en mujeres.

El grupo comprende edades desde los 60 a los 75 años.

3. Aunque en un principio el grupo se dividió en dos, el conjunto de personas que acuden al grupo psicoeducativo de los miércoles y los que acuden al de los jueves, surgió una variable que no se pudo controlar y que afecta significativamente a la fiabilidad y validez del experimento.

Los grupos psicoeducativos no son grupos cerrados, es decir, son variables para así adaptarse a las necesidades de los socios de la asociación; una persona que acudía los miércoles e hizo el pre test en ese grupo durante el proceso de tratamiento, sesiones intermedias donde se dan las relajaciones, puede ir cambiando de su grupo al grupo del jueves y al revés, esto generó la eliminación del grupo 1 y 2 y se pasó a considerar un único grupo.

El problema fundamental es que los grupos nunca se cierran a nuevas incorporaciones de familiares, es decir, la muestra siempre es cambiante en su número. Para solucionarlo decidimos no admitir nuevos participantes para el experimento ya que aunque la muestra fuera muy pequeña todavía podría quedar distorsionada ya que los nuevos integrantes no recibirían todas las sesiones de relajación y no podríamos hacer el seguimiento adecuado del proceso. Por no hablar del constante cambio observable en la dinámica del grupo al cambiar constantemente de miembros.

4. Por otro lado, los grupos psicoeducativos no son obligatorios y por motivos personales los individuos de la muestra han fallado en alguna ocasión por lo



que no todos los familiares han recibido el mismo número de relajaciones aunque sí aproximado.

5. En el caso que se quisiera realizar un estudio con un periodo de tiempo mayor habría que considerar que los grupos psicoeducativos de la Asociación están ideados para un año. Una vez finalizado este período, la idea es que los cuidadores cambien y entren unos nuevos para recibir el contenido de cada sesión y así acabar con un conocimiento mayor respecto a la enfermedad y con más herramientas para afrontarla.

Por otro lado, los dos tipos de relajación que he elegido porque he creído que podrían ser más fáciles de practicar por parte de los individuos por sus características individuales son la relajación muscular progresiva de Jacobson y la relajación de imaginación guiada con imaginaciones simples.



## MEDITACIÓN IMAGINADA DE UNA HORA

Track: <https://www.youtube.com/watch?v=-T4rissnDiA&t=33s>

Duración: 30 minutos

Antes de entrar en la sala hay que dejar todo atrás, todo lo que nos pese, en esta sala debemos sentirnos a gusto y poder, al menos intentar, relajarnos y estar en paz sin que nadie nos pida nada, nadie espere nada de nosotros y nadie nos vaya a juzgar en ningún momento.

No hay que retener ningún pensamiento, sea positivo o negativo, hay que dejarlo marchar, dejamos que nos venga ya que no pasa nada, la mente nunca frena pero no nos responsabilizamos de ello. Ahora estoy cuidando de mi. Me voy a querer. Te vas a querer.

Empezaremos realizando 3 inhalaciones profundas a la orden del guía de la relajación.

Seguimos respirando, seguimos el recorrido del aire. De nariz a pecho.

Empezamos a imaginar como el aire que respiramos es de un color o de varios, el que tu quieras. El cuerpo se llena de luz, desde los pies hasta la cabeza.

Esa luz sale con toda expiración hasta alzarse en el cielo vemos reus desde arriba. Esta luz viaja a un lugar que a ti te guste, un lugar que te de paz y calma, puede ser un lugar conocido o imaginario.

¿Analiza ese lugar como es? Playa? Montaña? Prado? ¿Qué colores tiene? No te dejes ningún detalle

¿Cómo te sientes?

¿Estas sola o acompañada?¿Conoces a esa persona?¿Cómo te sientes?¿Te habla?¿Cómo actúa?

Dejas marchar a esa persona (si estás acompañada), es un momento para ti.

Ahora le dirás a este sitio como te sientes, imagina como si lo gritaras, lo susurraste, de la manera que tu sientas conveniente, deja que salga todo lo malo.

Lo malo se quedará aquí, este es su lugar, aquí estás protegida.

Ahora con cada inspiración cogerás todo lo bueno de este lugar, todo lo que este te pueda dar bueno. Fuerzas, positividad, ánimo, etc. No quieres nada negativo.

Vuelves a hacerte luz y vuelves a casa (más lento)

Antes de prepararnos para volver, recuerda que sigue siendo un espacio seguro para ti, así que vuelve poco a poco, mantente en silencio, mantén el ritmo bajo.

Cuando estés preparada, empiezas a mover los pies poco a poco, las manos, las piernas y abres los ojos.

(Gerard Fuentes Brun)



Esta relajación de imaginación guiada está ideada para una sesión de 30 minutos.

La dificultad de lo imaginado no es muy alta y está relacionada con la propia vida o recuerdos del individuo de manera que acceda con mayor facilidad. Al fin y al cabo, la muestra es aleatoria y como consecuencia muy heterogénea en sus capacidades y habilidades cognitivas, por lo que es muy importante adecuarse a todos los individuos que forman la muestra.

Finalmente, la intervención se planificó de la siguiente manera: en la primera sesión se haría una prueba, una relajación de quince minutos, para ver la aceptación o reticencia del grupo a este tipo de práctica, en la siguiente se aplicaría el pre test al grupo del miércoles (ver Anexo 2 y Anexo 4) y el del jueves (ver Anexo 3 y Anexo 5) y los participantes daban su consentimiento para poder utilizar sus datos de manera anónima, en la siguientes sesiones se harían diversas relajaciones con una temática relacionada similar a la del grupo psicoeducativo de esa semana, para reforzar el mensaje tratado, y finalmente en la última sesión se aplicaría el post test tanto al grupo del Miércoles (ver Anexo 6 y Anexo 8) como al del Jueves (ver Anexo 7 y Anexo 9).

Por último, se pasó el siguiente cuestionario a la muestra para obtener unos datos sociodemográficos de esta y ver más adelante si es representativa de la población normal de cuidadores (ver Anexo 11).

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfM4vhJ44Z-8mz-f0Z3QkLQGFREVLZgOg1hztbleHkWkO5Eqg/viewform?usp=share\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfM4vhJ44Z-8mz-f0Z3QkLQGFREVLZgOg1hztbleHkWkO5Eqg/viewform?usp=share_link)



A continuació un cronograma con la planificació de fechas y la distribuci3n de las acciones:

| <b>Acciones / Fechas</b>                          | <b>15/1<br/>6 de<br/>Febre<br/>ro</b> | <b>1/2<br/>de<br/>Marz<br/>o</b> | <b>15/1<br/>6 de<br/>Marz<br/>o</b> | <b>29/3<br/>0 de<br/>Marz<br/>o</b> | <b>12/1<br/>3 de<br/>Abril</b> | <b>26/2<br/>7 de<br/>Abril</b> | <b>10/1<br/>1 de<br/>Mayo</b> | <b>24/2<br/>5 de<br/>Mayo</b> |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>Relajaci3n Introductoria</b>                   | X                                     |                                  |                                     |                                     |                                |                                |                               |                               |
| <b>Pretests</b>                                   |                                       | X                                |                                     |                                     |                                |                                |                               |                               |
| <b>Consentimiento uso de datos</b>                |                                       | X                                |                                     |                                     |                                | X                              |                               |                               |
| <b>Relajaci3n muscular progresiva de Jacobson</b> |                                       |                                  | X                                   |                                     |                                | X                              |                               |                               |
| <b>Relajaci3n de imaginaci3n guiada</b>           |                                       |                                  |                                     | X                                   | X                              |                                | X                             |                               |
| <b>Post test</b>                                  |                                       |                                  |                                     |                                     |                                |                                | X                             | X                             |
| <b>Cuestionario cualitativo</b>                   |                                       |                                  |                                     |                                     |                                |                                |                               | X                             |

### 3.4. Análisis de datos

Primero se corregirán los pre y postest para ver las puntuaciones individuales de cada sujeto en cada una de las pruebas.

El análisis comparativo de los resultados se hará mediante la observaci3n de los resultados que los participantes obtengan en el postest utilizando el pretest como referencia, punto de partida.

Despu3s mediante un análisis estadístico de SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) se comprobará si las diferencias son realmente significativas y se puede extraer alguna conclusi3n.



## 4. Resultados

### 4.1. Presentación de los datos

A continuación se muestra una tabla con los resultados individuales de cada sujeto en cada uno de los pretests y postests.

La columna de la izquierda representa cada sujeto, después encontramos la puntuación de estos en el pretest HADS (tanto en Ansiedad como en Depresión), la siguiente contiene los resultados del pretest Zarit, después los postest HADS con la misma presentación de la información que en el pretest y en la última columna se presentan los resultados del postest Zarit.

*Anotación:* en los tests HADS se diferencian los resultados obtenidos en ansiedad y en depresión en todo momento (A y D).

**Tabla 1:** Resultados individuales

| <b>Individuos / Prueba</b> | <b>Pretest HADS</b> | <b>Pretest Zarit</b> | <b>Postest HADS</b> | <b>Postest Zarit</b> |
|----------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| <b>Sujeto 1</b>            | A= 10 D= 6          | 26                   | A= 11 D= 3          | 30                   |
| <b>Sujeto 2</b>            | A= 12 D= 8          | 32                   | A= 13 D= 8          | 26                   |
| <b>Sujeto 3</b>            | A= 6 D= 3           | 37                   | A= 9 D= 3           | 39                   |
| <b>Sujeto 4</b>            | A= 8 D= 5           | 55                   | A= 5 D= 2           | 55                   |
| <b>Sujeto 5</b>            | A= 10 D= 6          | 14                   | A= 9 D= 6           | 14                   |
| <b>Sujeto 6</b>            | A= 8 D= 5           | 40                   | A= 7 D= 4           | 50                   |
| <b>Sujeto 7</b>            | A= 5 D= 6           | 67                   | A= 8 D= 9           | 60                   |
| <b>Sujeto 8</b>            | A= 12 D= 11         | 82                   | A= 11 D= 9          | 79                   |
| <b>Sujeto 9</b>            | A= 16 D= 10         | 36                   | A= 12 D= 5          | 27                   |
| <b>Sujeto 10</b>           | A= 12 D= 9          | 51                   | A= 10 D= 11         | 41                   |

**Tabla 2:** Estadísticos descriptivos test HADS (depresión)

|                     | <b>N</b> | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> | <b>Media</b> | <b>Desv. estándar</b> |
|---------------------|----------|---------------|---------------|--------------|-----------------------|
| <b>Pretest HADS</b> | 10       | 3,00          | 11,00         | 6,90         | 2,51                  |
| <b>Postest HADS</b> | 10       | 2,00          | 11,00         | 6,00         | 3,09                  |

En esta tabla podemos observar la media, las puntuaciones mínimas y máximas y la desviación que ha puntuado el grupo en el pretest y en el postest del test HADS, en los ítems de Depresión.

**Tabla 3:** Estadísticos descriptivos test HADS (ansiedad)

|                     | <b>N</b> | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> | <b>Media</b> | <b>Desv. estándar</b> |
|---------------------|----------|---------------|---------------|--------------|-----------------------|
| <b>Pretest HADS</b> | 10       | 5,00          | 16,00         | 9,90         | 3,28                  |
| <b>Postest HADS</b> | 10       | 5,00          | 13,00         | 9,50         | 2,42                  |

En la tabla se muestra la media grupal del pretest y postest HADS, con sus puntuaciones máximas y mínimas y la desviación estándar. Esta tabla hace referencia a los ítems relacionados con la Ansiedad.



**Tabla 4:** Estadísticos descriptivos test Zarit

|                      | <b>N</b> | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> | <b>Media</b> | <b>Desv. estándar</b> |
|----------------------|----------|---------------|---------------|--------------|-----------------------|
| <b>Pretest Zarit</b> | 10       | 14,00         | 82,00         | 44,00        | 20,11                 |
| <b>Postest Zarit</b> | 10       | 14,00         | 79,00         | 42,10        | 19,28                 |

En esta tabla volvemos a encontrar los estadísticos descriptivos pero esta vez del pre y postest Zarit.

**Tabla 5:** Prueba de muestras emparejadas (Prueba T)

| Diferencias emparejadas                                 |  |                |                         |          |          | -    |        |                |                   |
|---|--|----------------|-------------------------|----------|----------|------|--------|----------------|-------------------|
| -   | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |                |                         |          |          | t    | g<br>l | Significación  |                   |
|   | Media  | Desv. estándar | Media de error estándar | Inferior | Superior |      |        | P de un factor | P de dos factores |
| Par 1<br>Pretest HADS Ansiedad - Postest HADS Ansiedad  | 0,40   | 2,37           | 0,75                    | -1,29    | 2,09     | 0,54 | 9      | 0,30           | 0,61              |
| Par 2<br>Pretest HADS Depresión- Postest HADS Depresión | 0,90   | 2,42           | 0,77                    | -0,83    | 2,63     | 1,17 | 9      | 0,14           | 0,27              |
| Par 3<br>Pretest Zarit - Postest Zarit                  | 1,90   | 6,31           | 2,00                    | -2,62    | 6,42     | 0,95 | 9      | 0,18           | 0,37              |



Esta sección incluye:

- La diferencia media que hay entre dos variables emparejadas. En la primera comparación ha sido 0,40, en la segunda 0.90 y en los tests de Zarit 1,90.
- La desviación estándar de la diferencia es una medida de la variabilidad de las diferencias anteriores, en nuestro caso ha sido 2,37, 2,42 y 6,31 para la pareja 1, 2 y 3 respectivamente.
- La estadística t nos indica la magnitud de la diferencia media en relación con la variabilidad de las diferencias observadas. En este caso han sido: 0,54 (Par 1), 1,17 (Par 2) y 0,95 (Par 3).
- El valor de probabilidad p está asociado a la estadística t. Valora si la diferencia se puede explicar por la aleatoriedad. Los valores P de dos factores han sido:
  - Par 1: 0,61.
  - Par 2: 0,27.
  - Par 3: 0,37.

*Anotación:* el valor a comparar es 0,05.

**Tabla 6:** Tamaños de efecto de muestras emparejadas (Prueba T)

|       |  |                      | Intervalo de confianza al 95% |                      |          |          |
|-------|--|----------------------|-------------------------------|----------------------|----------|----------|
|       |  |                      | Standardizer                  | Estimación de puntos | Inferior | Superior |
| Par 1 | Pretest HADS Ansiedad - Posttest HADS Ansiedad   | d de Cohen           | 2,37                          | 0,17                 | -0,46    | 0,79     |
|       |  | corrección de Hedges | 2,59                          | 0,15                 | -0,42    | 0,72     |
| Par 2 | Pretest HADS Depresión - Posttest HADS Depresión | d de Cohen           | 2,42                          | 0,37                 | -0,28    | 1,00     |
|       |  | corrección de Hedges | 2,65                          | 0,34                 | -0,26    | 0,92     |
| Par 3 | Pretest Zarit - Posttest Zarit                   | d de Cohen           | 6,31                          | 0,30                 | -0,34    | 0,93     |
|       |  | corrección de Hedges | 6,91                          | 0,28                 | -0,31    | 0,85     |

La correlación de Hedges (Hedges' g) nos proporciona la media estandarizada entre los pre y postests. Cuanto mayor sea la estimación de puntos, más grande será la diferencia entre las medias. Para el test HADS en la escala de ansiedad ha sido de 0,15 y en la escala de depresión ha sido 0,34 y para el test Zarit ha sido 0,28.

El intervalo de confianza nos proporciona un rango dentro del cual es probable que se encuentre el verdadero tamaño de efecto poblacional. Hay un 95% de probabilidad de que el verdadero tamaño de efecto se encuentre dentro del intervalo representado en la tabla para cada una de las medidas.

Por otro lado, la d de Cohen, al igual que Hedges' g nos representa la diferencia media estandarizada entre las dos variables. En este caso han sido: 0,17 (Par 1), 0,37 (Par 2) y 0,30 (Par 3). Y el intervalo de confianza al 95% nos vuelve a mostrar donde estaría aproximadamente el verdadero tamaño de efecto poblacional.



Para el tamaño de efecto  $d$  de Cohen, se suelen utilizar los siguientes puntos de referencia:

- Un tamaño de efecto pequeño es generalmente considerado alrededor de 0,2.
- Un tamaño de efecto mediano se encuentra alrededor de 0,5.
- Un tamaño de efecto grande se considera alrededor de 0,8 o superior.

#### **4.2. Análisis de los resultados**

Lo primero que podemos afirmar a simple vista es que hay ciertas diferencias en las medias obtenidas en los pre y postests del test HADS y el test Zarit. Aun así no podemos decir si estas son significativas.

Sin embargo, algo que sí podemos comprobar es que las puntuaciones medias del test Zarit no son muy altas ya que la escala de puntuación es de 0 a 88 y el grupo ha puntuado 44 en el pretest y 42,10 en el postest (ver *Tabla 4*).

En cuanto al test HADS, las puntuaciones grupales rozan la posible presencia de síntomas leves de depresión (ver *Tabla 2*) y también indican que realmente hay presencia de sintomatología ansiosa de tipo leve. La puntuación obtenida en el pre y postest en el apartado de depresión es 6,90 y 6, respectivamente. En ansiedad ha sido 9,90 y 9,50 en el mismo orden (ver *Tabla 3*).

Después si observamos la *Tabla 5* del apartado anterior en la columna de  $P$  de dos factores observamos que el resultado obtenido para la comparación del pretest y postest de HADS en la escala de Ansiedad ha sido 0,61 un valor superior a 0,05 por lo que podemos decir que no ha habido una diferencia significativa, el efecto no ha sido significativo. Lo mismo sucede cuando comparamos el pre y postest de HADS en la escala de Depresión ( $0,27 > 0,05$ ). Después si nos fijamos en el valor de  $P$  de dos factores para el pre y postest de Zarit volvemos a encontrarnos con un valor mayor a 0,05, 0,37 (ver *Tabla 5*). Por lo que ningún efecto es significativo.



En la siguiente tabla (ver *Tabla 6*) se ha calculado el tamaño del efecto mediante la corrección de correlación de Hedges y la *d* de Cohen. Los resultados obtenidos en la columna "estimación de puntos" en las tres comparaciones han sido:

- Par 1: 0,17.
- Par 2: 0,37.
- Par 3: 0,30.

Por lo que podemos afirmar que el tamaño del efecto es medio / bajo en general.



## 5. Discusión

### 5.1. Interpretación de los resultados

Por lo tanto hay varias conclusiones que se pueden extraer de los resultados cuantitativos mostrados anteriormente.

Lo primero que es concluible a simple vista de los resultados individuales y grupales en los distintos tests es que el grupo puede tener síntomas leves de ansiedad (ver Tabla 2) y están al límite de poder tener cierta sintomatología depresiva, recordemos que una puntuación de 0 a 7 en el test HADS es normal (ver Anexo 1) y el grupo presenta una puntuación de 6,9 en depresión en el pretest (antes de que la intervención sea puesta en marcha) (ver Tabla 2).

No es posible afirmar con total seguridad el diagnóstico grupal o individual ya que el test HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale o HADS) (De Las Cuevas et al., 1995) es un test de screening.

Por lo que para una intervención futura, ya sea de tipo grupal o individual, sería interesante comprobar si hay algún trastorno de ansiedad y/o depresión en el grupo de cuidadoras/es. Se podría pasar un BDI (Inventario de Depresión de Beck) y/o un STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo), por ejemplo.

En cuanto al test Zarit, la puntuación media grupal es de 44 en el pretest y de 42 en el posttest (ver Tabla 4). Esto nos indica que hay cierta evidencia de presencia del síndrome del cuidador quemado. Recordemos que la puntuación máxima del test es 88 (ver Anexo 10).

Después, a partir de la prueba t de Student de muestras emparejadas podemos extraer diversas conclusiones.

Lo primero sería que realmente no existe un cambio significativo en los resultados de pre y posttest de cualquier tipo, ya sea el test HADS en escala de ansiedad, el mismo test en su escala de depresión y el test Zarit. Esto lo podemos afirmar ya que la p de dos factores, es decir, la significación bidireccional de estas parejas de pruebas no son inferiores al valor comparativo (0,05) en ninguno de los casos (ver Tabla 5). Cosa que



ya era, en cierto modo, evidente a simple vista en las medias obtenidas en los pre y postests.

## **5.2. Limitaciones del estudio**

- La muestra no es del todo representativa. Es muy pequeña.
- Variables extrañas no controladas. Por ejemplo, el hecho de constituir un grupo psicoeducativo como tal, ya tiene un efecto reductor de la ansiedad de los cuidadores.
- La fiabilidad del estudio se ve afectada por el tamaño de la muestra y por variables extrañas que no se han podido controlar. En un planteamiento no se han considerado.
- La duración de mi intervención sobre el grupo de cuidadores es corta como para poder ver resultados significativos.
- La duración de las relajaciones debería ser mayor (con cierto entrenamiento). Hay estudios que afirman que practicar 30 minutos de relajación todos los días tiene una inmensidad de beneficios para la salud mental y física.

## **5.3. Direcciones futuras de investigación**

Sería interesante hacer una intervención con unos fundamentos similares con un grupo de personas mayor y representativo de la sociedad.

En el caso de poder llevar a cabo esta intervención se podría intentar enseñar al cuidador como hacer para meditar o relajarse en casa. Ayudar a que los familiares sepan darse ese tiempo de pausa en su día a día.

Para ello, se debería controlar la asistencia a las relajaciones, es decir, que la asistencia fuera constante y que todos los integrantes del grupo recibieran el mismo número de prácticas meditativas.

También sería apropiado para un estudio más específico contar con un grupo de control para ver si realmente la causalidad de la disminución de ansiedad proviene tan solo de las relajaciones.



Si grupo A (tratado) y grupo B (no tratado) acudieran a los grupos psicoeducativos eliminaríamos el problema de la multicausalidad de esa disminución de la ansiedad.

Y si fuera posible, sería muy interesante realizar una monitorización de neuroimagen a los sujetos mediante los test y las relajaciones para ver la actividad cerebral durante estas situaciones. Así corroboraríamos si durante la relajación hay algún cambio en esta actividad mental en comparación con un estado de vigilia sin control del pensamiento y la respiración.



## 6. Conclusiones

A partir de las conclusiones extraídas de los resultados me pregunté si uno de los problemas era que la muestra realmente no era representativa de la población normal de cuidadores.

Y aunque la muestra parece no representativa, podemos afirmar que coincide y responde al *Estudio de investigación sociosanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes* promovido por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y la Fundación Envejecimiento y Salud:

- Los cuidadores que acuden a estos centros son mayores de sesenta años, el 88,9% son mujeres (ver Anexo 12 y Anexo 13).
- Al cien por cien de los cuidadores la tarea de cuidar les ha supuesto cambios en la vida diaria y las expectativas que tenían sobre la misma (ver Anexo 22). El cien por cien han visto afectado su estado de salud física y mental (ver Anexo 23).
- Todos declaran necesitar reconocimiento, apoyo social, ayuda económica y ayuda psicológica (ver Anexo 24).
- En cambio, tan solo un 55,6% de la muestra afirma querer o necesitar ayuda en los cuidados (ver Anexo 25). En el estudio es un 92,5%.
- Otro aspecto en el que difiere la muestra con la población normal es que en la población normal se prefiere que esta ayuda sea dada por un familiar en cambio, en la muestra de este estudio se prefiere que sea una persona ajena (ver Anexo 26).
- Y por último, según el estudio poblacional dice que los cuidadores de personas mayores dependientes aprecian su labor, ya que les gustaría disponer de un cuidador si llegasen a ser una persona dependiente (92,5 %). Esto me ha llamado la atención ya que tan solo un 66,6% de los participantes de esta intervención preferirían que les cuidara un familiar ya sea el esposo/a o un hijo/a, la muestra restante preferiría que fuera una persona ajena ya que conocen la carga que conlleva sobre el cuidador. Hasta tal punto que un individuo de la muestra afirmo que prefería la eutanasia a tener que hacer que alguien la cuidara.



## 7. Reflexión personal

Lo primero en lo que me fijé es en la gran diferencia que había culturalmente en nuestra sociedad. En mi primer grupo psicoeducativo no entendí como habiendo mayor prevalencia de demencias en las mujeres, en esa habitación solo vi mujeres, mujeres preocupadas por sus maridos o por otros familiares. Ellas cuidaban y se preocupaban por hacerlo lo mejor posible. La intención no es quitar mérito a los hombres que sí acudían a los grupos sino concienciar de cómo es realmente nuestra cultura. Hay como una filosofía de cuidado que desde siempre ha recaído en el sexo femenino, un cuidado esmerado, sensible y muy amoroso.

Pero nuestra cultura también tiene cosas que otras no tienen, algo que también me sorprendió con el paso del tiempo es que nosotros, en España, cuidamos en casa. Somos diferentes al resto de Europa, allí se institucionaliza al más mínimo diagnóstico. La sociedad española en este concepto de la familia y del deber para con ella hace que nos involucremos en la enfermedad; durante esta experiencia laboral he oído varias veces la frase de *"el Alzheimer es una enfermedad que afecta al conjunto familiar"* y creo que lo es en todos lados, pero en España todavía más, porque caminamos al lado del enfermo.

En este tiempo invertido en el practicum, he aprendido tanto de algo que ni conocía, esta enfermedad es prácticamente invisible para el que no la sufre directamente. Una de mis abuelas tiene Alzheimer desde hace años y ni así era consciente de todo lo que supone que un familiar padezca este tipo de enfermedad. Esto me lo han enseñado los cuidadores del centro. Ellos son héroes invisibles, héroes que hacen una labor por propio amor; en el seno familiar sucede algo que no han elegido y aún así la mayoría decide quedarse al lado de su familiar y no abandonar el barco.

El trato con las cuidadoras y cuidadores, me ha enseñado a valorar la vida y el tiempo, la salud propia y la salud de las personas que me rodean; he aprendido a escuchar de forma activa y no tiene nada que ver con la idea que había aprendido de leer el término en un libro, escuchar activamente conlleva escucha sin interpretación alguna, sin volcar tus propios deseos o miedos en el mensaje del otro, dejando la mochila que uno lleva; he aprendido que la demencia conlleva un duelo, una gran



pérdida y un aprendizaje continuo, es obvio que conlleva una pérdida en vida, ves como la persona que la padece, que puede ser tu madre o padre, un hermano, un esposo o esposa, pierde las partes de su identidad, de lo que lo define y el cuidador en un acto de generosidad en soledad debe reaprender a cómo comunicarse con lo que la enfermedad deja.

En un momento del trabajo llegué a temer que mis padres pasaran por una enfermedad similar. Hasta que escuché de la boca de un/a familiar / cuidador/a que el Alzheimer te quita muchas cosas pero que si algo te da, es AMOR.

Por ello les pregunté a los familiares de los grupos psicoeducativos si era necesario querer para cuidar y, prácticamente en su totalidad, respondieron con un rotundo SÍ (ver Anexo 17). También les pregunté que en el hipotético caso en el que ellos enfermaran “¿quién querrían que fueran sus cuidadores?” y me impactó que tan solo un 44% declararon que preferían que se encargara su esposo/a y que un 33% prefiriera que fuera una persona ajena (contratada) (ver Anexo 16).

El cuidador/a no querría que otro cargara con él/ella aunque, yo creo que hay que comprender que los/las hijos/as tienen derecho a hacer de hijos/as y los esposos/as de esposos/as, la decisión debe ser de dos.

Esta experiencia me ha hecho ampliar mi conocimiento interesandome por libros que hablan del Alzheimer y otras demencias y buscar más información al respecto. Me quedo con un video de un cuidador que decía que las enfermedades de este tipo vienen sin avisar, como era en el caso de Alzheimer precoz de su mujer, pero que tenía 20 años para prepararse y cuidar de sus hijos.

Por lo que al ámbito académico se refiere, he podido ver el innegable futuro de la psicología que sin duda, para mí debe caminar, abrazar y cooperar tanto con la neurociencia como con la nutrición.

La neurociencia ya nos ha demostrado que los órganos “conversan” más con el cerebro que el mismo cerebro con los órganos. También se ha descubierto que el intestino es el mayor segregador de serotonina del cuerpo humano, hasta de un 90%, muy por encima del cerebro.



A través de los ejercicios de meditación, he tratado de que el cuidador/a traiga la conciencia de su cuerpo, del lugar que ocupa en el espacio, de su papel de guerrero, aunando la respiración con la del otro, haciendo consciente la pérdida y su dolor sociabilizándolo en esos encuentros en el centro, Associació d'Alzheimer i altres trastorns neurocognitius de Reus.

Esta cooperación será necesaria para evitar el tratamiento farmacológico del cuidador/a y encontrar nuevas salidas para distintas enfermedades y patologías que puedan derivarse de una situación de ansiedad y estrés crónico.

Además, hay muchos estudios que comienzan a encontrar paliativos del estrés. Como es el caso de Marian Rojas que habla de la oxitocina, el mejor combatiente contra el cortisol, hormona segregada cuando el individuo padece de estrés.

La oxitocina se puede segregar de diferentes maneras; con una buena red social o con un simple abrazo (de por lo menos 8 segundos). Esto justifica las sonrisas de oreja a oreja que los pacientes de Nuria Ruiz, mi tutora de prácticas, tenían cuando ella los/las recibía cada semana con un abrazo enorme.

Una recomendación de un simple estudiante de psicología para cualquier asociación de trastornos neurodegenerativos es fomentar la creación de grupos de apoyo. Esto es primordial para los cuidadores/as de personas dependientes. Los grupos psicoeducativos proporcionan innumerables herramientas para estos/as cuidadores/as pero no les consiguen dar un lugar donde ellos sean los únicos que descargan toda la tensión mental que cargan en soledad. Es innegable que ser cuidador es una tarea solitaria.

Por último, la realización de este trabajo me ha despertado un interés enorme por el proceso de duelo.

Aquí dejo unas frases muy interesantes de Jorge Bucay en el camino de las lágrimas:

- No olvides que lo que más necesita el que está en duelo al principio es hablar y llorar.
- No hagas lo que no quieres hacer. No ayudes más que hasta donde tu corazón te pida y no hasta donde tu cabeza te exija.



- No uses frases hechas diseñadas por vete a saber quien para "estos casos".
- No le digas que le comprendes si no has pasado por algo similar.
- No intentes justificar lo que ha ocurrido.
- Y sobre todo: NUNCA interrumpas la expresión del dolor del que sufre.

Durante este tiempo en el que he podido moverme en este ámbito, mi otra abuela acaba de ser diagnosticada con una demencia de tipo vascular y siento con gran satisfacción que podré ser un nieto para ella y un refuerzo para los que tanto se esmeran en cuidarla (su cuidadora, mi madre y mis tíos).

**Ahora ya se que el Alzheimer es un duelo en vida y como tal te quita mucho, casi todo, pero si algo te da es AMOR, te enseña a AMAR.**



## 8. Referencias bibliográficas

Alba, T. (2023, 24 febrero). Respiración Wim Hof: Qué es y para qué sirve este método. *fivestarsfitness.com*.

<https://fivestarsfitness.com/respiracion-wim-hof/#:~:text=El%20m%C3%A9todo%20o%20t%C3%A9cnica%20de,el%20rendimiento%20f%C3%ADsico%20y%20mental>

American Psychological Association (APA). (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.

*Amígdala cerebral: estructura y funciones*. (2016, 13 noviembre). <https://psicologiaymente.com/neurociencias/amigdala-cerebral>

Bohlmeijer, E. T., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539-544. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.005>

B, G. E. G. (2007, 2 junio). *Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo*. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/786>

*Cambios en la personalidad y la conducta relacionados con la enfermedad de Alzheimer*. (s. f.). National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov/espanol/cambios-personalidad-conducta-relacionados-enfermedad-alzheimer>

Castellanos, N. (2022). *Neurociencia del cuerpo: Cómo el organismo esculpe el cerebro*. Editorial Kairós.



*Claudia Masin: Lo intacto.* (s. f.).

<http://valknuotr.blogspot.com/2019/03/claudia-masin.html>

De Las Cuevas, C., Perez, A. G., & De Rivera, L. (1995). «Hospital Anxiety and Depression Scale» and mood psychopathology. *ResearchGate*.  
[https://www.researchgate.net/publication/291306146\\_'Hospital\\_Anxiety\\_and\\_Depression\\_Scale'\\_and\\_mood\\_psychopathology](https://www.researchgate.net/publication/291306146_'Hospital_Anxiety_and_Depression_Scale'_and_mood_psychopathology)

*Escala de Zarit | Realiza aquí el test de Zarit.* (s. f.). El Rincón del cuidador.  
<https://www.elrincondelcuidador.es/otros-cuidados/test-escala-de-zarit>

*Estrés de las personas encargadas del cuidado: Consejos para cuidarte a ti mismo.* (2022, 22 marzo). Mayo Clinic.  
<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/caregiver-stress/art-20044784>

Harvard Health. (2020, 6 julio). *Understanding the stress response.*  
<https://www.health.harvard.edu/staying-healthy/understanding-the-stress-response>

Hendel, H. J. (2020). *No siempre es depresión: escucha tu cuerpo, descubre tus emociones fundamentales y conecta con tu auténtico ser.*

Hsjd, C. (s. f.). *Disponible documento "Orientación Técnica de Atención Integral para Personas Mayores Frággiles en Unidades Geriátricas de Agudos (UGA), sustentado en la experiencia del HSJD.*  
<http://www.hsjd.cl/web/disponible-documento-orientacion-tecnica-de-atencion-integral-para-personas-mayores-fragiles-en-unidades-geriatricas-de-agudos-uga-sustentado-en-la-experiencia-del-hsjd/>



*La ansiedad, respuesta natural del organismo ante el peligro.* (s. f.).  
[https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016\\_450.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016_450.html)

*La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. Análisis y propuestas de intervención psicosocial.* • *Fundación Pilares.* (s. f.). Fundación Pilares.  
<https://www.fundacionpilares.org/publicacion/la-sobrecarga-de-las-cuidadoras-de-personas-dependientes-analisis-y-propuestas-de-intervencion-psicosocial/>

Luengo, D. (2015). *Los secretos de la ansiedad.* Grupo Planeta Spain.

Méndez, L. (2010). *Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzheimer por mutación e280a en presenilina 1.* Dialnet.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5751472>

Neurofeedback. (2021). *Aprende la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.* *NeuroFeedBack* *Barcelona.*  
<https://www.neurofeedback.cat/relajacion-progresiva-de-jacobson/>

Noell-Boix, R., Ochandorena-Acha, M., Reig-Garcia, G., Moreno-Casbas, T., & Casas-Baroy, J. C. (2022). Identificación de necesidades de los cuidadores informales: estudio exploratorio. *Enfermería global*, 21(4), 71-99.  
<https://doi.org/10.6018/eglobal.512191>

*¿Qué es AEDP | AEDP Europe.* (s. f.). [https://www.aedp.eu/?page\\_id=176&lang=es](https://www.aedp.eu/?page_id=176&lang=es)

Ramírez, J. C. P. A. (2021). *Modelos de ansiedad.* *unam.*  
[https://www.academia.edu/912435/Modelos\\_de\\_ansiedad](https://www.academia.edu/912435/Modelos_de_ansiedad)



## 9. Anexos

### Anexo 1: IMÁGEN 1

#### PUNTUACIÓN DE CADA ÍTEM TEST HADS

PRETEST *GR*

#### HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE Versión original de Zigmond y Snaith, 1983

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

- |   |   |
|---|---|
| 1. Me siento tenso o nervioso. <i>A.1.</i><br><input type="checkbox"/> Todos los días (3)<br><input type="checkbox"/> Muchas veces (2)<br><input checked="" type="checkbox"/> A veces (1)<br><input type="checkbox"/> Nunca (0)   | 8. Me siento como si cada día estuviera más lento. <i>D.4.</i><br><input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento (3)<br><input type="checkbox"/> Muy a menudo (2)<br><input checked="" type="checkbox"/> A veces (1)<br><input type="checkbox"/> Nunca (0)  |
| 2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba. <i>D.1.</i><br><input type="checkbox"/> Como siempre (3)<br><input type="checkbox"/> No lo bastante (1)<br><input checked="" type="checkbox"/> Sólo un poco (2)<br><input type="checkbox"/> Nada (0)   | 9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago. <i>A.5.</i><br><input checked="" type="checkbox"/> El Nunca (0)<br><input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones (1)<br><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia (2)<br><input type="checkbox"/> Muy a menudo (3)                     |
| 3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder. <i>A.2.</i><br><input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte (3)<br><input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte (2)<br><input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa (1)<br><input checked="" type="checkbox"/> Nada (0) | 10. He perdido interés en mi aspecto personal. <i>D.5.</i><br><input type="checkbox"/> Totalmente (3)<br><input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debiera (2)<br><input type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado (1)<br><input checked="" type="checkbox"/> Me preocupo al igual que siempre (0) |
| 4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas. <i>D.2.</i><br><input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice (0)<br><input checked="" type="checkbox"/> No tanto ahora (1)<br><input type="checkbox"/> Casi nunca (2)<br><input type="checkbox"/> Nunca (3)   | 11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme. <i>A.6.</i><br><input type="checkbox"/> Mucho (3)<br><input type="checkbox"/> Bastante (2)<br><input checked="" type="checkbox"/> No mucho (1)<br><input type="checkbox"/> Nada (0)  |
| 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones. <i>A.3.</i><br><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (3)<br><input checked="" type="checkbox"/> Con bastante frecuencia (2)<br><input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo (1)<br><input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones (0)                           | 12. Me siento optimista respecto al futuro. <i>D.6.</i><br><input type="checkbox"/> Igual que siempre (0)<br><input checked="" type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba (1)<br><input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba (2)<br><input type="checkbox"/> Nada (3)                               |
| 6. Me siento alegre. <i>D.3.</i><br><input type="checkbox"/> Nunca (3)<br><input type="checkbox"/> No muy a menudo (2)<br><input checked="" type="checkbox"/> A veces (1)<br><input type="checkbox"/> Casi siempre (0)  | 13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico. <i>A.7.</i><br><input type="checkbox"/> Muy frecuentemente (3)<br><input type="checkbox"/> Bastante a menudo (2)<br><input type="checkbox"/> No muy a menudo (1)<br><input checked="" type="checkbox"/> Rara vez (0)  |
| 7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado. <i>A.4.</i><br><input type="checkbox"/> Siempre (0)<br><input checked="" type="checkbox"/> Por lo general (1)<br><input type="checkbox"/> No muy a menudo (2)<br><input type="checkbox"/> Nunca (3)  | 14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión. <i>D.7.</i><br><input checked="" type="checkbox"/> A menudo (0)<br><input type="checkbox"/> A veces (1)<br><input type="checkbox"/> No muy a menudo (2)<br><input type="checkbox"/> Rara vez (3)  |

(Imágen 1)



## Anexo 2: IMÁGEN 2

### PRETEST HADS GRUPO MIÉRCOLES

PRETEST G1

#### HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE Versión original de Zigmond y Snaith, 1983

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Me siento tenso o nervioso. <i>A. 1</i></p> <p><input type="checkbox"/> Todos los días</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces (<i>2</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba. <i>D. 1</i></p> <p><input type="checkbox"/> Como siempre</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No lo bastante (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p>3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder. <i>A. 2</i></p> <p><input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte (<i>2</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p>4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas. <i>D. 2</i></p> <p><input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No tanto ahora (<i>4</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>5. Tengo mi mente llena de preocupaciones. <i>A. 3</i></p> <p><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Con bastante frecuencia (<i>2</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones</p> <p>6. Me siento alegre. <i>D. 3</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre (<i>0</i>)</p> <p>7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado. <i>A. 4</i></p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Por lo general (<i>4</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> | <p>8. Me siento como si cada día estuviera más lento. <i>D. 4</i></p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Muy a menudo (<i>2</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago. <i>A. 5</i></p> <p><input type="checkbox"/> El Nunca</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> En ciertas ocasiones (<i>4</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo</p> <p>10. He perdido interés en mi aspecto personal. <i>D. 5</i></p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> No me preocupó tanto como debiera</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Me preocupó al igual que siempre</p> <p>11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme. <i>A. 6</i></p> <p><input type="checkbox"/> Mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No mucho (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p>12. Me siento optimista respecto al futuro. <i>D. 6</i></p> <p><input type="checkbox"/> Igual que siempre</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p>13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico. <i>A. 7</i></p> <p><input type="checkbox"/> Muy frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No muy a menudo (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p> <p>14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión. <i>D. 7</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A menudo (<i>0</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p> |
|---|---|

Doy mi consentimiento para que el alumno Gerard Fuentes Brun utilice los datos obtenidos en este test de manera totalmente anónima.

Firma:

[  $2A = 10$   $SD = 6$  ]

(Imagen 2)

**Anexo 3: IMÁGEN 3**

## PRETEST HADS GRUPO JUEVES

PRE TEST 92

**HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE** Versión original de Zigmond y Snaith, 1983

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Me siento tenso o nervioso. <i>A 1</i></p> <p><input type="checkbox"/> Todos los días</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces (2)</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba. <i>D 1</i></p> <p><input type="checkbox"/> Como siempre</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No lo bastante (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p>3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder. <i>A 2</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p>4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas. <i>D 2</i></p> <p><input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No tanto ahora (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>5. Tengo mi mente llena de preocupaciones. <i>A 3</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La mayoría de las veces (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones</p> <p>6. Me siento alegre. <i>D 3</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No muy a menudo (2)</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Casi siempre</p> <p>7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado. <i>A 4</i></p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No muy a menudo (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> | <p>8. Me siento como si cada día estuviera más lento. <i>D 4</i></p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Muy a menudo (2)</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago. <i>A 5</i></p> <p><input type="checkbox"/> El Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Con bastante frecuencia (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo</p> <p>10. He perdido interés en mi aspecto personal. <i>D 5</i></p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debería</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Me preocupo al igual que siempre</p> <p>11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme. <i>A 6</i></p> <p><input type="checkbox"/> Mucho</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bastante (2)</p> <p><input type="checkbox"/> No mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p>12. Me siento optimista respecto al futuro. <i>D 6</i></p> <p><input type="checkbox"/> Igual que siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p>13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico. <i>A 7</i></p> <p><input type="checkbox"/> Muy frecuentemente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bastante a menudo (2)</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p> <p>14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión. <i>D 7</i></p> <p><input type="checkbox"/> A menudo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A veces (1)</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p> |
|---|---|

Doy mi consentimiento para que el alumno Gerard Fuentes Brun utilice los datos obtenidos en este test de manera totalmente anónima.

Firma:

$$[EA = 16 \quad ED = 10]$$

(Imágen 3)



### Anexo 4: IMÁGEN 4

PRETEST ZARIT GRUPO MIÉRCOLES



PRE G1

# Test de Zarit

| Nº Pregunta  | Puntuación |
|--|------------|
| 1 ¿Piensas que tu familiar te pide más ayuda de la que realmente necesita?   | 3          |
| 2 ¿Piensas que debido al tiempo que dedicas a tu familiar no tienes suficiente tiempo para ti?                                 | 2          |
| 3 ¿Te sientes agobiado/a por intentar compatibilizar el cuidado de tu familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | 3          |
| 4 ¿Sientes vergüenza por la conducta de tu familiar?   | 1          |
| 5 ¿Te sientes enfadado cuando estás cerca de tu familiar?  | 2          |
| 6 ¿Piensas que el cuidar de tu familiar afecta negativamente la relación que tu tienes con otros miembros de tu familia?       | 1          |
| 7 ¿Tienes miedo por el futuro de tu familiar?  | 3          |
| 8 ¿Piensas que tu familiar depende de ti?  | 4          |
| 9 ¿Te sientes tenso cuando estás cerca de tu familiar?   | 3          |
| 10 ¿Piensas que tu salud ha empeorado debido a tener que cuidar de tu familiar?  | 2          |
| 11 ¿Piensas que no tienes tanta intimidad como te gustaría debido al cuidado de tu familiar?                                   | 2          |
| 12 ¿Piensas que tu vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a tu familiar?                     | 2          |
| 13 ¿Te sientes incómodo por distanciarse de tus amistades debido al cuidado de tu familiar?                                    | 2          |
| 14 ¿Piensas que tu familiar te considera a ti la única persona que le puedes cuidar?   | 4          |
| 15 ¿Piensas que no tienes suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a tu familiar, además de tus otros gastos? | 2          |
| 16 ¿Piensas que no serás capaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo?   | 3          |
| 17 ¿Sientes que has perdido el control de tu vida desde que comenzó la enfermedad de tu familiar?                              | 4          |
| 18 ¿Desearías poder dejar el cuidado de tu familiar a otra persona?  | 3          |
| 19 ¿Te sientes indeciso sobre qué hacer con tu familiar?   | 2          |
| 20 ¿Piensas que deberías hacer más por tu familiar?  | 2          |
| 21 ¿Piensas que podrías cuidar mejor a tu familiar?  | 1          |
| 22 Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimentas por el hecho de cuidar a tu familiar?                                       | 4          |
| TOTAL  | 55         |

(Imágen 4)



### Anexo 5: IMÁGEN 5

PRETEST ZARIT GRUPO JUEVES

**EL RINCÓN DEL CUIDADOR**

PRETEST GZ

# Test de Zarit

| Nº           | Pregunta   | Puntuación |
|--------------|--|------------|
| 1            | ¿Piensas que tu familiar te pide más ayuda de la que realmente necesito?   | 3          |
| 2            | ¿Piensas que debido al tiempo que dedicas a tu familiar no tienes suficiente tiempo para ti?                                 | 3          |
| 3            | ¿Te sientes agobiado/a por intentar compatibilizar el cuidado de tu familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | 4          |
| 4            | ¿Sientes vergüenza por la conducta de tu familiar?   | 2          |
| 5            | ¿Te sientes enfadado cuando estás cerca de tu familiar?  | 2          |
| 6            | ¿Piensas que el cuidar de tu familiar afecta negativamente la relación que tu tienes con otros miembros de tu familia?       | 2          |
| 7            | ¿Tienes miedo por el futuro de tu familiar?  | 4          |
| 8            | ¿Piensas que tu familiar depende de ti?  | 4          |
| 9            | ¿Te sientes tenso cuando estás cerca de tu familiar?   | 2          |
| 10           | ¿Piensas que tu salud ha empeorado debido a tener que cuidar de tu familiar?   | 3          |
| 11           | ¿Piensas que no tienes tanta intimidad como te gustaría debido al cuidado de tu familiar?                                    | 4          |
| 12           | ¿Piensas que tu vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a tu familiar?                      | 4          |
| 13           | ¿Te sientes incómodo por distanciarse de tus amistades debido al cuidado de tu familiar?                                     | 3          |
| 14           | ¿Piensas que tu familiar te considera a ti la única persona que le puedes cuidar?  | 4          |
| 15           | ¿Piensas que no tienes suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a tu familiar, además de tus otros gastos?  | 2          |
| 16           | ¿Piensas que no serás capaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo?  | 2          |
| 17           | ¿Sientes que has perdido el control de tu vida desde que comenzó la enfermedad de tu familiar?                               | 4          |
| 18           | ¿Desearías poder dejar el cuidado de tu familiar a otra persona?   | 2          |
| 19           | ¿Te sientes indeciso sobre qué hacer con tu familiar?  | 2          |
| 20           | ¿Piensas que deberías hacer más por tu familiar?   | 4          |
| 21           | ¿Piensas que podrías cuidar mejor a tu familiar?   | 4          |
| 22           | Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimentas por el hecho de cuidar a tu familiar?  | 3          |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>67</b>  |

(Imagen 5)

**Anexo 6: IMÁGEN 6**

## POSTEST HADS GRUPO MIÉRCOLES

POST 61

**HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE Versión original de Zigmond y Snaith, 1983**

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

1. Me siento tenso o nervioso. A.1  
 Todos los días  
 Muchas veces  
 A veces (1)  
 Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba. D.1  
 Como siempre  
 No lo bastante (1)  
 Sólo un poco  
 Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder. A.2  
 Definitivamente y es muy fuerte  
 Sí, pero no es muy fuerte (2)  
 Un poco, pero no me preocupa  
 Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas. D.2  
 Al igual que siempre lo hice  
 No tanto ahora (1)  
 Casi nunca  
 Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones. A.3  
 La mayoría de las veces  
 Con bastante frecuencia (2)  
 A veces, aunque no muy a menudo  
 Sólo en ocasiones
6. Me siento alegre. D.3  
 Nunca  
 No muy a menudo  
 A veces (1)  
 Casi siempre
7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado. A.4  
 Siempre  
 Por lo general (1)  
 No muy a menudo  
 Nunca
8. Me siento como si cada día estuviera más lento. D.4  
 Por lo general, en todo momento  
 Muy a menudo  
 A veces (1)  
 Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago. A.5  
 El Nunca  
 En ciertas ocasiones (1)  
 Con bastante frecuencia  
 Muy a menudo
10. He perdido interés en mi aspecto personal. D.5  
 Totalmente  
 No me preocupo tanto como debiera  
 Podría tener un poco más de cuidado  
 Me preocupo al igual que siempre (0)
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme. A.6  
 Mucho  
 Bastante  
 No mucho (1)  
 Nada
12. Me siento optimista respecto al futuro. D.6  
 Igual que siempre  
 Menos de lo que acostumbraba (1)  
 Mucho menos de lo que acostumbraba  
 Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico. A.7  
 Muy frecuentemente  
 Bastante a menudo  
 No muy a menudo (1)  
 Rara vez
14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión. D.7  
 A menudo  
 A veces (1)  
 No muy a menudo  
 Rara vez

Doy mi consentimiento para que el alumno Gerard Fuentes Brun utilice los datos obtenidos en este test de manera totalmente anónima.

Firma:

[ΣA = 9    ΣD = 6]

(Imágen 6)



## Anexo 7: IMÁGEN 7

### POSTEST HADS GRUPO JUEVES

POST G2

#### HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE Versión original de Zigmond y Snaith, 1983

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Me siento tenso o nervioso. <i>A. 1</i></p> <p><input type="checkbox"/> Todos los días</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas veces</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A veces (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba. <i>D. 1</i></p> <p><input type="checkbox"/> Como siempre</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No lo bastante (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p>3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder. <i>A. 2</i></p> <p><input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte (<i>2</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p>4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas. <i>D. 2</i></p> <p><input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No tanto ahora (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>5. Tengo mi mente llena de preocupaciones. <i>A. 3</i></p> <p><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Con bastante frecuencia (<i>2</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones</p> <p>6. Me siento alegre. <i>D. 3</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A veces (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Casi siempre</p> <p>7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado. <i>A. 4</i></p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No muy a menudo (<i>2</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> | <p>8. Me siento como si cada día estuviera más lento. <i>D. 4</i></p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A veces (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago. <i>A. 5</i></p> <p><input type="checkbox"/> El Nunca</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> En ciertas ocasiones (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo</p> <p>10. He perdido interés en mi aspecto personal. <i>D. 5</i></p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debería</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Me preocupo al igual que siempre</p> <p>11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme. <i>A. 6</i></p> <p><input type="checkbox"/> Mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No mucho (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p>12. Me siento optimista respecto al futuro. <i>D. 6</i></p> <p><input type="checkbox"/> Igual que siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba (<i>2</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p>13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico. <i>A. 7</i></p> <p><input type="checkbox"/> Muy frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No muy a menudo (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p> <p>14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión. <i>D. 7</i></p> <p><input type="checkbox"/> A menudo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A veces (<i>1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p> |
|---|---|

Doy mi consentimiento para que el alumno Gerard Fuentes Brun utilice los datos obtenidos en este test de manera totalmente anónima.

Firma:

[ΣA = 5    ΣD = 6]

(Imágen 7)



### Anexo 8: IMÁGEN 8

### POSTEST ZARIT GRUPO MIÉRCOLES



# Test de Zarit

POST G1

| Nº    | Pregunta   | Puntuación |
|-------|--|------------|
| 1     | ¿Piensas que tu familiar te pide más ayuda de la que realmente necesita?   | 4          |
| 2     | ¿Piensas que debido al tiempo que dedicas a tu familiar no tienes suficiente tiempo para ti?                                 | 3          |
| 3     | ¿Te sientes agobiado/a por intentar compatibilizar el cuidado de tu familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | 2          |
| 4     | ¿Sientes vergüenza por la conducta de tu familiar?   | 0          |
| 5     | ¿Te sientes enfadado cuando estás cerca de tu familiar?  | 0          |
| 6     | ¿Piensas que el cuidar de tu familiar afecta negativamente la relación que tu tienes con otros miembros de tu familia?       | 1          |
| 7     | ¿Tienes miedo por el futuro de tu familiar?  | 3          |
| 8     | ¿Piensas que tu familiar depende de ti?  | 4          |
| 9     | ¿Te sientes tenso cuando estás cerca de tu familiar?   | 1          |
| 10    | ¿Piensas que tu salud ha empeorado debido a tener que cuidar de tu familiar?   | 2          |
| 11    | ¿Piensas que no tienes tanta intimidad como te gustaría debido al cuidado de tu familiar?                                    | 3          |
| 12    | ¿Piensas que tu vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a tu familiar?                      | 1          |
| 13    | ¿Te sientes incómodo por distanciarse de tus amistades debido al cuidado de tu familiar?                                     | 2          |
| 14    | ¿Piensas que tu familiar te considera a ti la única persona que le puedes cuidar?  | 4          |
| 15    | ¿Piensas que no tienes suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a tu familiar, además de tus otros gastos?  | 2          |
| 16    | ¿Piensas que no serás capaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo?  | 2          |
| 17    | ¿Sientes que has perdido el control de tu vida desde que comenzó la enfermedad de tu familiar?                               | 2          |
| 18    | ¿Desearías poder dejar el cuidado de tu familiar a otra persona?   | 1          |
| 19    | ¿Te sientes indeciso sobre qué hacer con tu familiar?  | 2          |
| 20    | ¿Piensas que deberías hacer más por tu familiar?   | 2          |
| 21    | ¿Piensas que podrías cuidar mejor a tu familiar?   | 2          |
| 22    | Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimentas por el hecho de cuidar a tu familiar?  | 4          |
| TOTAL |  | 50         |

(Imágen 8)



**Anexo 9: IMÁGEN 9**

POSTEST ZARIT GRUPO JUEVES

**EL RINCÓN DEL CUIDADOR**

**Test de Zarit**

Post G2

| Nº           | Pregunta   | Puntuación |
|--------------|--|------------|
| 1            | ¿Piensas que tu familiar te pide más ayuda de la que realmente necesita?   | 1          |
| 2            | ¿Piensas que debido al tiempo que dedicas a tu familiar no tienes suficiente tiempo para ti?                                 | 2          |
| 3            | ¿Te sientes agobiado/a por intentar compatibilizar el cuidado de tu familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | 3          |
| 4            | ¿Sientes vergüenza por la conducta de tu familiar?   | 1          |
| 5            | ¿Te sientes enfadado cuando estás cerca de tu familiar?  | 1          |
| 6            | ¿Piensas que el cuidar de tu familiar afecta negativamente la relación que tu tienes con otros miembros de tu familia?       | 0          |
| 7            | ¿Tienes miedo por el futuro de tu familiar?  | 1          |
| 8            | ¿Piensas que tu familiar depende de ti?  | 2          |
| 9            | ¿Te sientes tenso cuando estás cerca de tu familiar?   | 1          |
| 10           | ¿Piensas que tu salud ha empeorado debido a tener que cuidar de tu familiar?   | 1          |
| 11           | ¿Piensas que no tienes tanta intimidad como te gustaría debido al cuidado de tu familiar?                                    | 2          |
| 12           | ¿Piensas que tu vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a tu familiar?                      | 3          |
| 13           | ¿Te sientes incómodo por distanciarse de tus amistades debido al cuidado de tu familiar?                                     | 2          |
| 14           | ¿Piensas que tu familiar te considera a ti la única persona que le puedes cuidar?  | 2          |
| 15           | ¿Piensas que no tienes suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a tu familiar, además de tus otros gastos?  | 1          |
| 16           | ¿Piensas que no serás capaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo?  | 1          |
| 17           | ¿Sientes que has perdido el control de tu vida desde que comenzó la enfermedad de tu familiar?                               | 2          |
| 18           | ¿Desearías poder dejar el cuidado de tu familiar a otra persona?   | 1          |
| 19           | ¿Te sientes indeciso sobre qué hacer con tu familiar?  | 2          |
| 20           | ¿Piensas que deberías hacer más por tu familiar?   | 1          |
| 21           | ¿Piensas que podrías cuidar mejor a tu familiar?   | 2          |
| 22           | Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimentas por el hecho de cuidar a tu familiar?  | 4          |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>38</b>  |

(Imagen 9)



## Anexo 10: IMÁGEN 10

### INSTRUCCIONES CORRECCIÓN ZARIT

Cada posible respuesta se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

| Frecuencia      | Puntuación |
|-----------------|------------|
| Nunca           | 0          |
| Rara vez        | 1          |
| Algunas veces   | 2          |
| Bastantes veces | 3          |
| Casi siempre    | 4          |

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de «no sobrecarga» una puntuación inferior a 46, y de «sobrecarga intensa» una puntuación superior a 56.

(Imágen 10)



## Anexo 11: IMÁGEN 11

### ÍTEMS DEL CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

#### Edad

- Menor de 20 años
- Entre 21 y 30 años
- Entre 41 y 50 años
- Entre 51 y 60 años
- Entre 61 y 70 años
- Mayor de 70 años

#### Sexo

- Masculino
- Femenino
- Otro: \_\_\_\_\_

#### Nivel de estudios

- Bajo
- Medio
- Alto

#### Situación actual

- Cuida
- Cuida y trabaja



### Tiempo que lleva cuidando

- 0-6 meses
- 7-12 meses
- 1-2 años
- 3-5 años
- 6-10 años
- + de 10 años

### Lugar donde vive el cuidador

- Viven juntos
- No viven juntos

### Nivel economico de la persona cuidada

- Bajo
- Medio/ bajo
- Medio
- Medio/ alto
- Alto

### Relación con la persona dependiente

- Familiar
- Otra persona

### ¿Quien presta ayuda complementaria en los cuidados?

- Madre
- Padre
- Hermanos
- Otros familiares
- Amigos o vecinos
- Persona contratada
- Nadie

### Cambios en la vida del cuidador

- He notado cambios significativos en mis hábitos cotidianos
- He notado cambios poco significativos en mis hábitos cotidianos
- A penas he notado cambios



Problemas de salud percibidos en el cuidador

- Digestivos
- Dolor de cabeza
- Dolor de espalda/ articulares
- Cansancio/ fatiga
- Estrés/ ansiedad
- Insomnio
- Otro: \_\_\_\_\_

Principales necesidades percibidas por parte del cuidador

- Apoyo/ reconocimiento social
- Ayuda económica
- Apoyo psicológico

¿Desearía disponer de la ayuda de un cuidador?

- Si
- No

¿Cómo desearía que fuera la persona que le ayudara en los cuidados?

- Familiar/ persona próxima
- No familiar/ persona ajena

¿Quién desearía que fuera su cuidador en el caso que usted estuviera enfermo?

- Esposo/ Esposa
- Hijos
- Padres
- Persona Ajena (contratada)
- Amigos
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Cree que es fundamental querer a la persona dependiente para cuidar de ella?

- Si
- No

Opinión/ comentario respecto al ser cuidador (opcional)

Tu respuesta \_\_\_\_\_

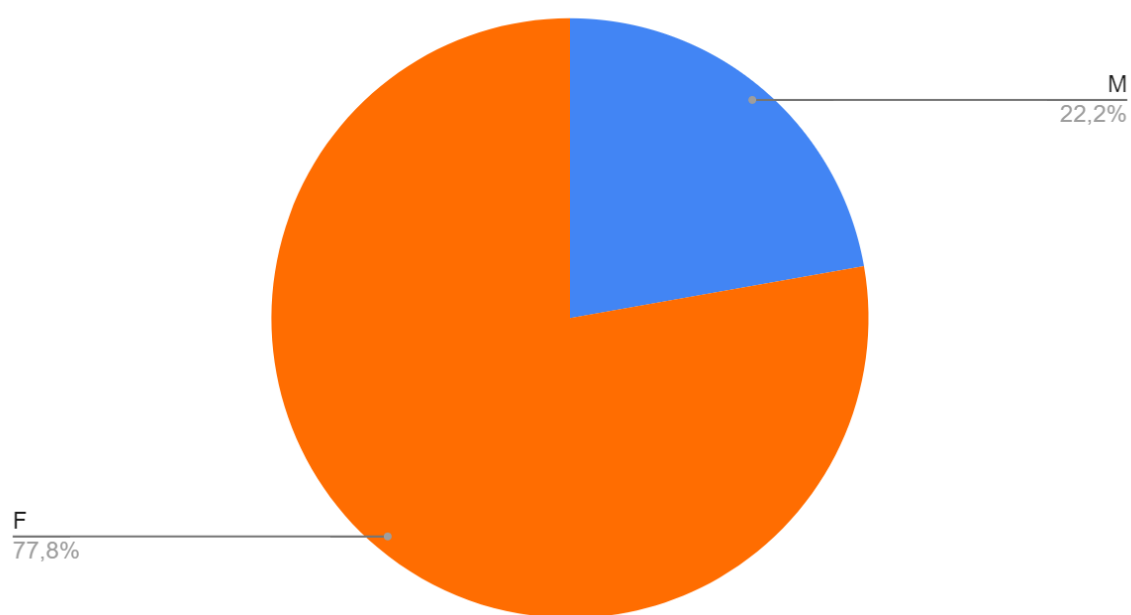
(Imágen 11)



## Anexo 12: GRÁFICO 1

### RESPUESTAS PRIMER ÍTEM (GÉNERO)

Género



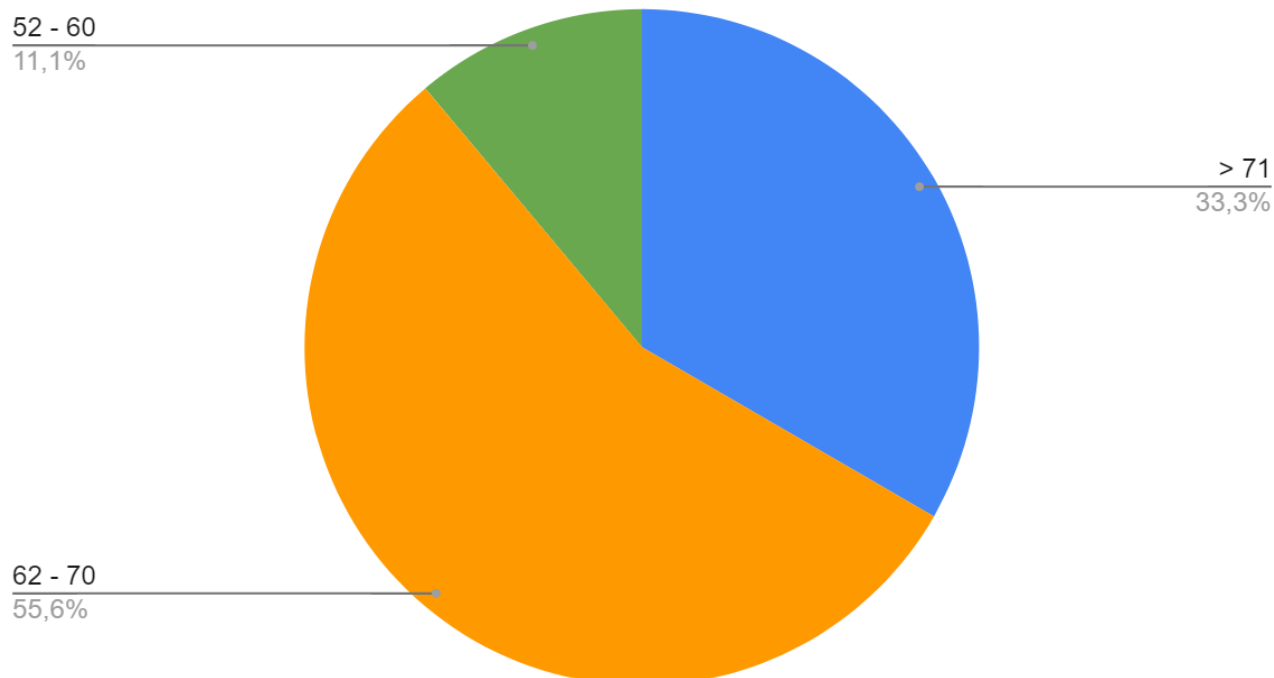
(Gráfico 1)



### Anexo 13: GRÁFICO 2

#### RESPUESTAS SEGUNDO ÍTEM (EDAD)

##### Recuento de Edad



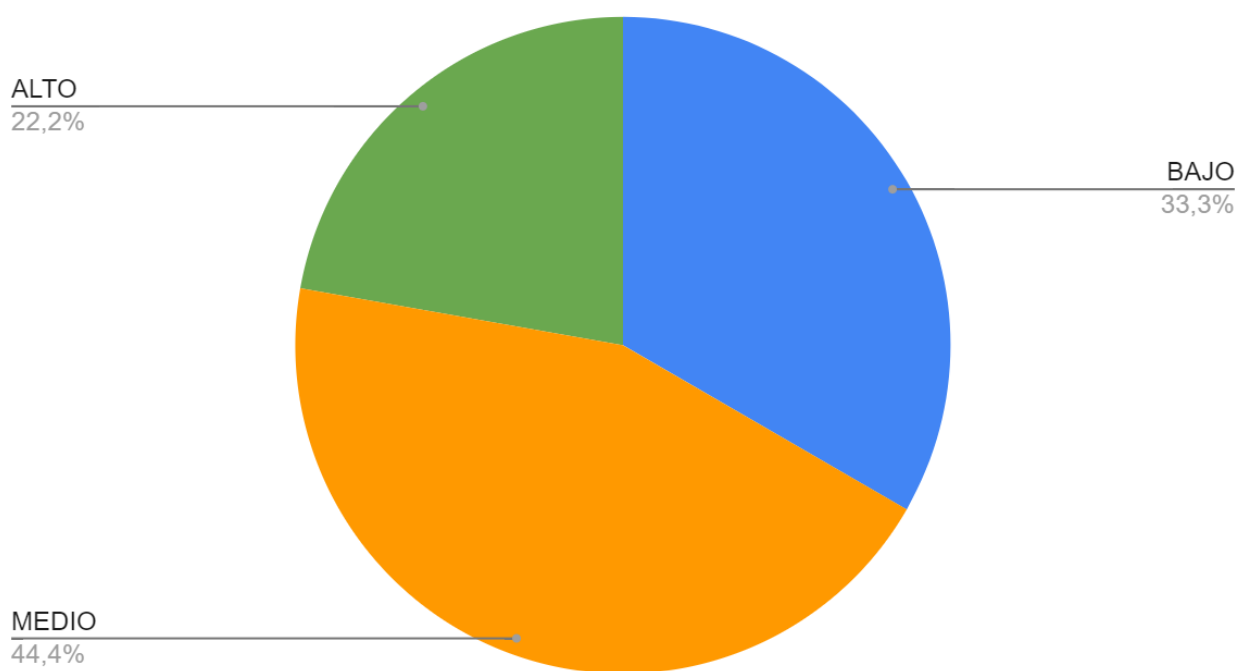
(Gráfico 2)



### Anexo 14: GRÁFICO 3

RESPUESTAS TERCER ÍTEM (NIVEL DE ESTUDIOS)

#### NIVEL DE ESTUDIOS



(Gráfico 3)

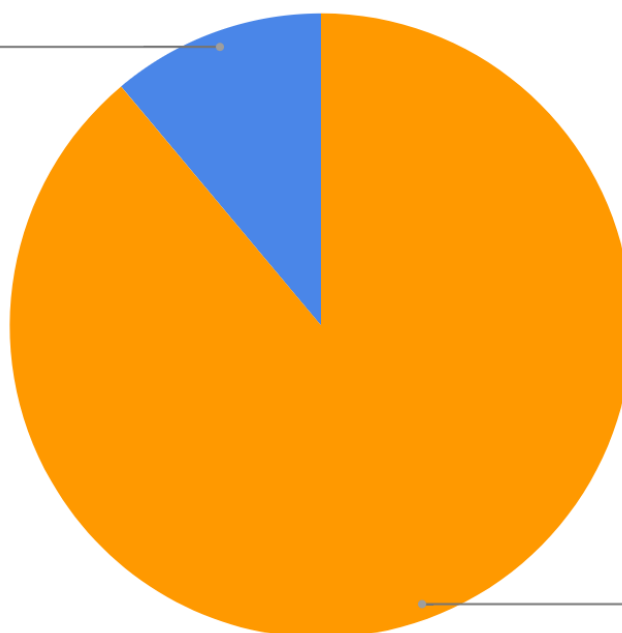


### Anexo 15: GRÁFICO 4

RESPUESTAS CUARTO ÍTEM (SITUACIÓN ACTUAL DEL CUIDADOR)

#### SITUACIÓN ACTUAL DEL CUIDADOR

CUIDA Y TRABAJA  
11,1%



CUIDA  
88,9%

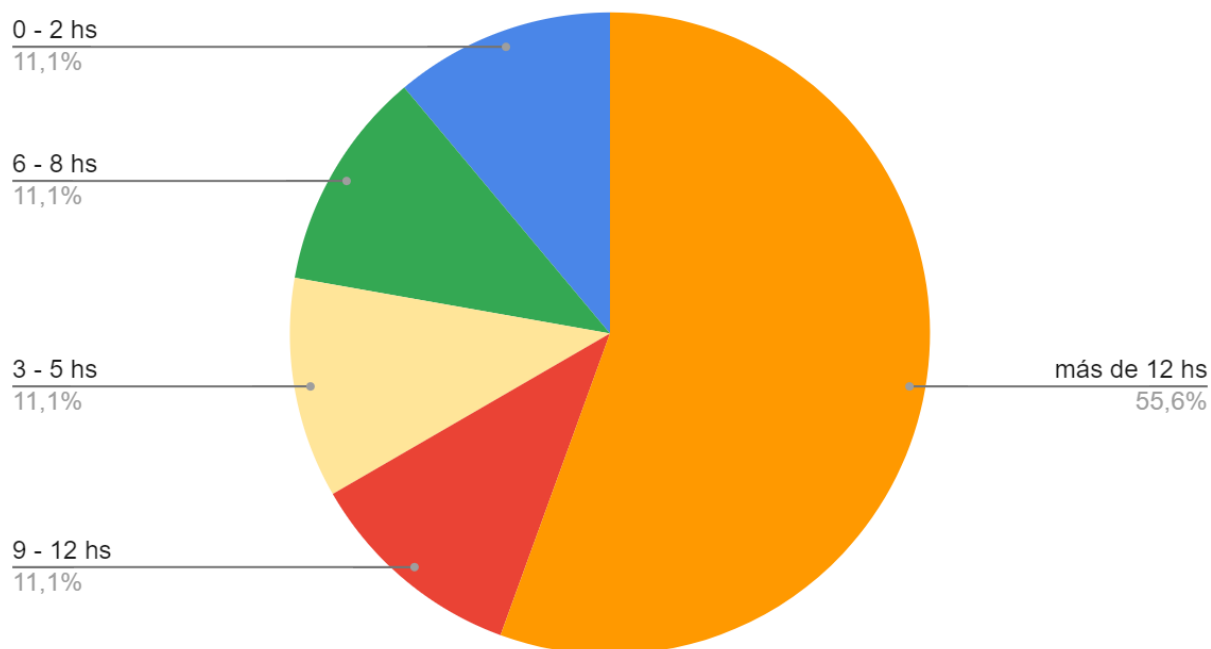
(Gráfico 4)



**Anexo 16: GRÁFICO 5**

RESPUESTAS QUINTO ÍTEM (TIEMPO DEDICADO A CUIDAR AL DÍA)

TIEMPO DEDICADO A CUIDAR AL DIA



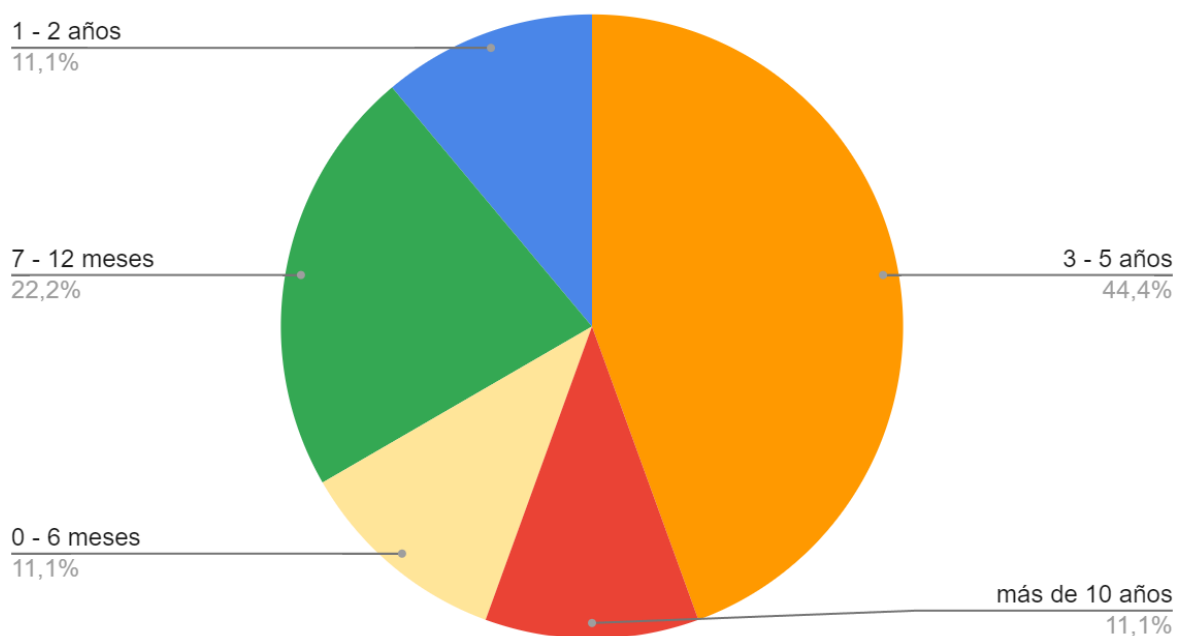
(Gráfico 5)



### Anexo 17: GRÁFICO 6

RESPUESTAS SEXTO ÍTEM (TIEMPO QUE LLEVA CUIDANDO)

#### TIEMPO QUE LLEVA CUIDANDO



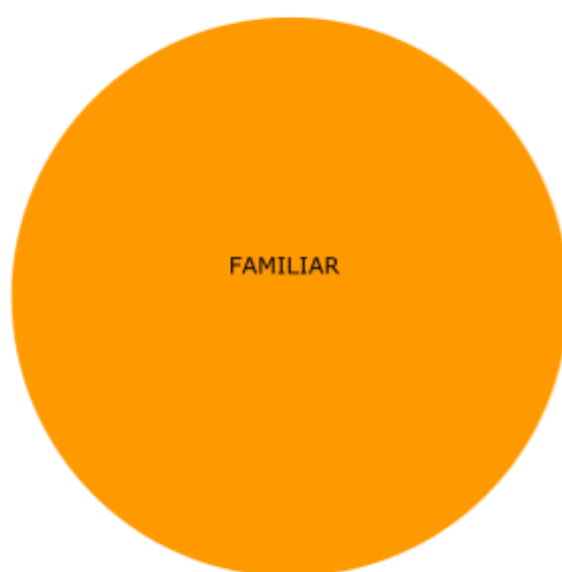
(Gráfico 6)



**Anexo 18: GRÁFICO 7**

RESPUESTAS SÉPTIMO ÍTEM (RELACIÓN CON LA PERSONA DEPENDIENTE)

RELACIÓN CON LA PERSONA DEPENDIENTE



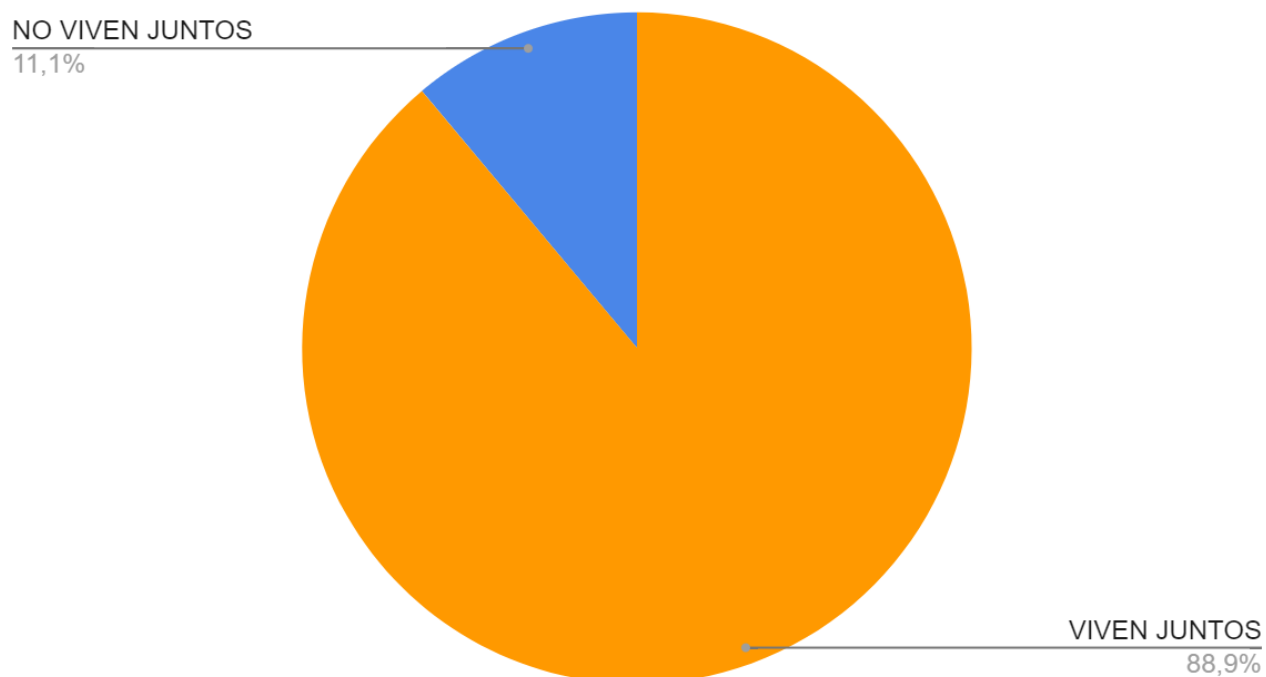
*(Gráfico 7)*



### Anexo 19: GRÁFICO 8

RESPUESTAS OCTAVO ÍTEM (LUGAR DONDE VIVE EL CUIDADOR Y EL CUIDADO)

#### LUGAR DONDE VIVE EL CUIDADOR Y EL CUIDADO



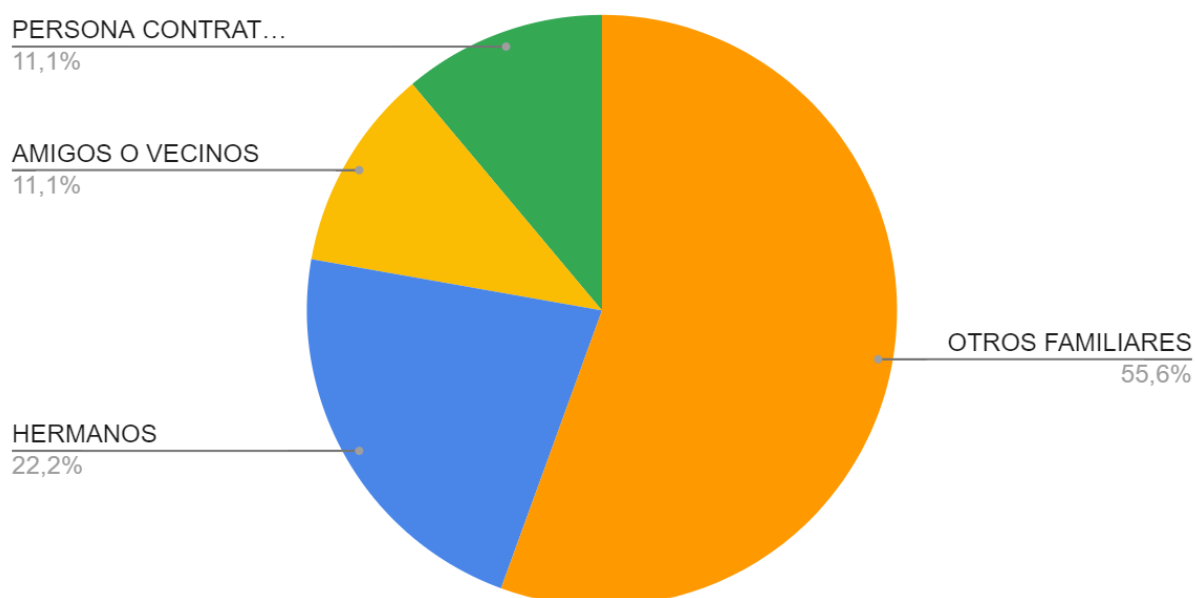
(Gráfico 8)



## Anexo 20: GRÁFICO 9

RESPUESTAS NOVENO ÍTEM (¿QUIÉN PRESTA AYUDA COMPLEMENTAR EN LOS CUIDADOS?)

### ¿QUIÉN PRESTA AYUDA COMPLEMENTARIA EN LOS CUIDADOS?



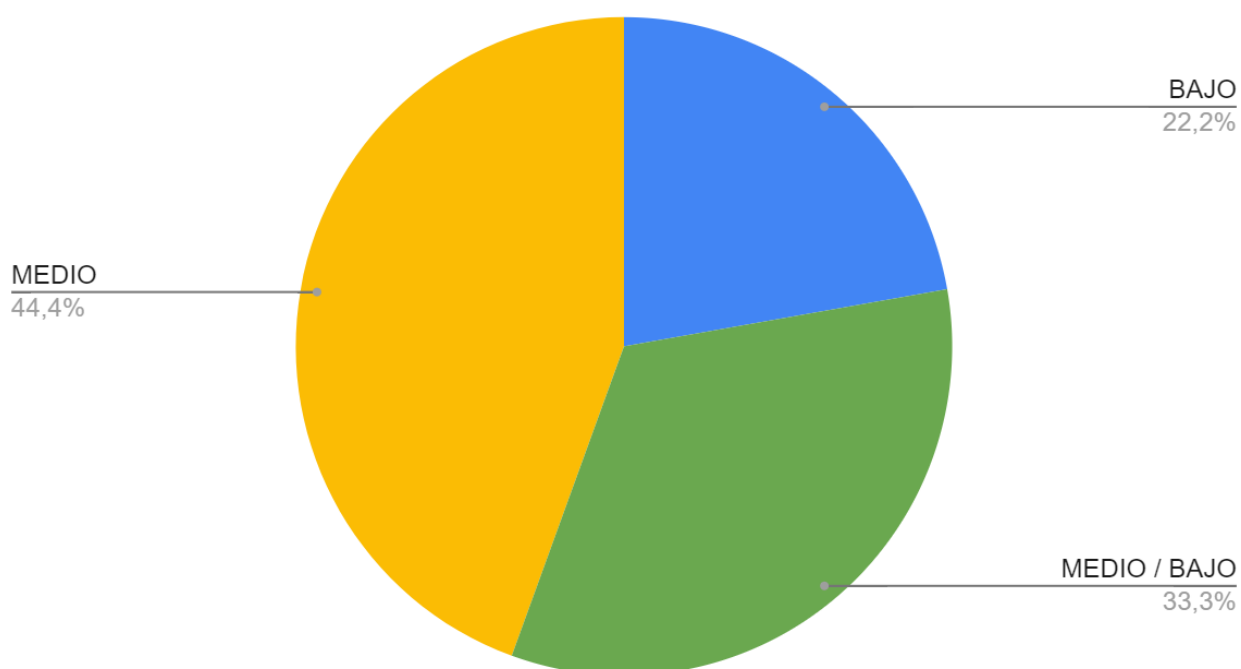
(Gráfico 9)



**Anexo 21: GRÁFICO 10**

RESPUESTAS DÉCIMO ÍTEM (NIVEL ECONÓMICO DE LA PERSONA CUIDADA)

NIVEL ECONOMICO DE LA PERSONA CUIDADA



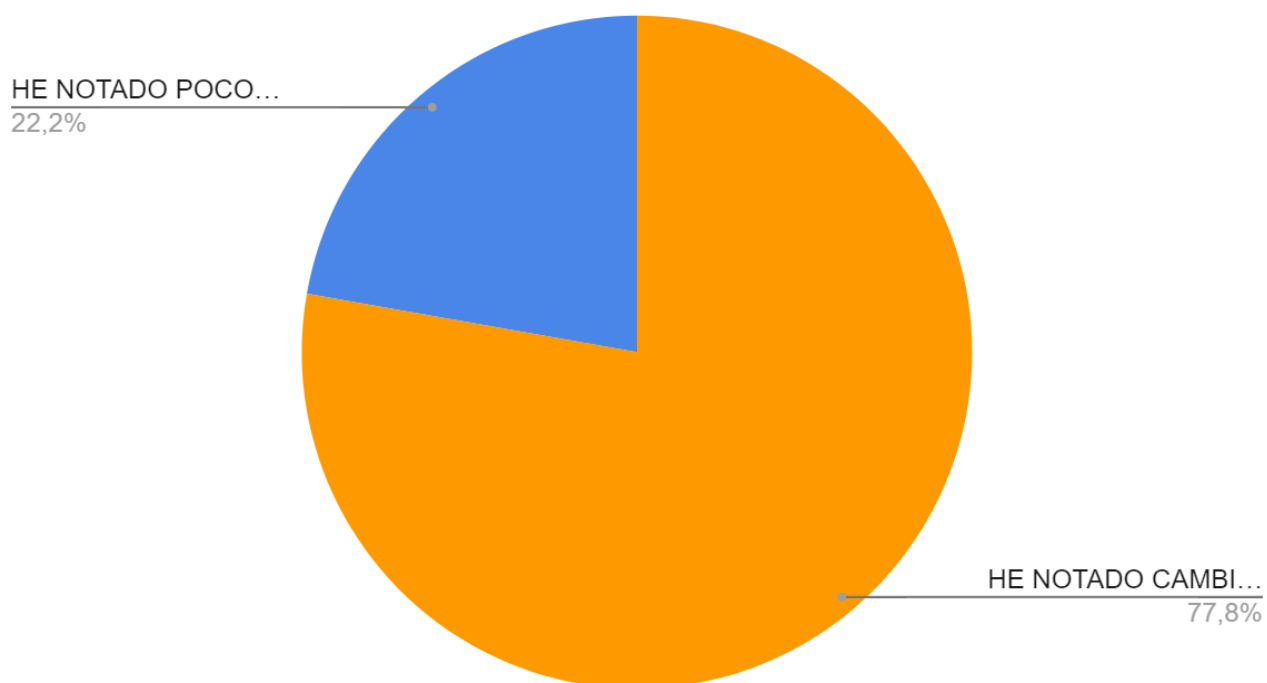
(Gráfico 10)



**Anexo 22: GRÁFICO 11**

RESPUESTAS UNDÉCIMO ÍTEM (CAMBIOS EN LA VIDA DEL CUIDADOR)

CAMBIOS EN LA VIDA DEL CUIDADOR



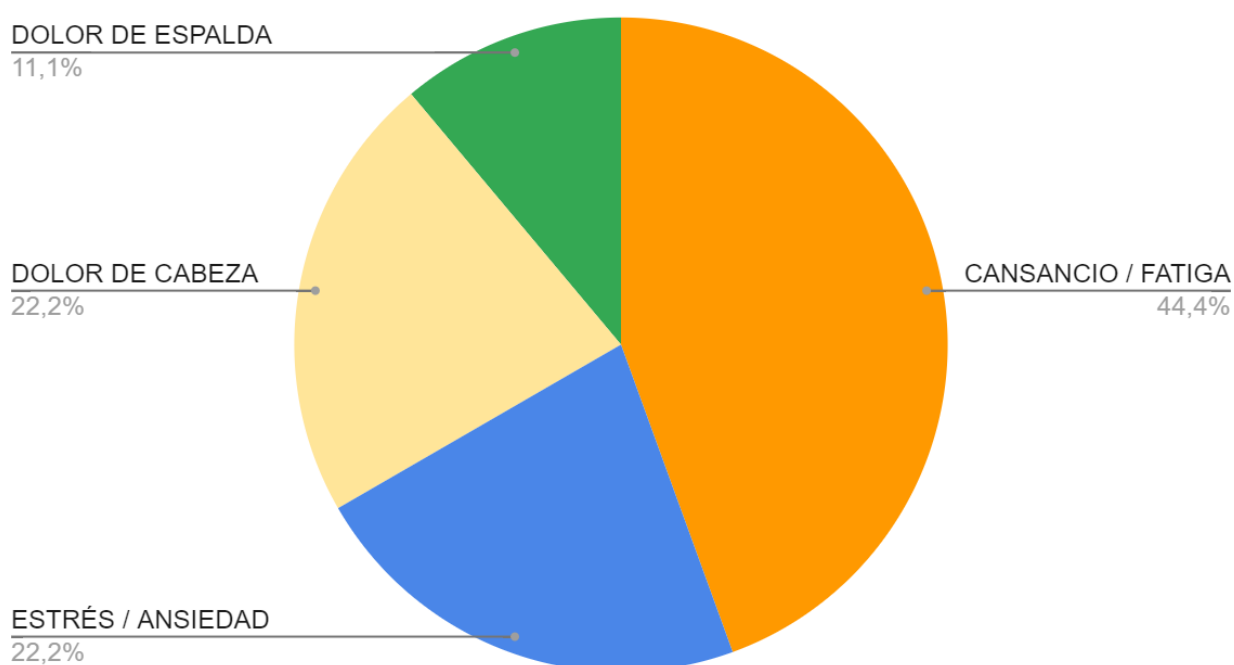
(Gráfico 11)



### Anexo 23: GRÁFICO 12

RESPUESTAS DUODÉCIMO ÍTEM (PROBLEMAS DE SALUD PERCIBIDOS EN EL CUIDADOR)

#### PROBLEMAS DE SALUD PERCIBIDOS EN EL CUIDADOR



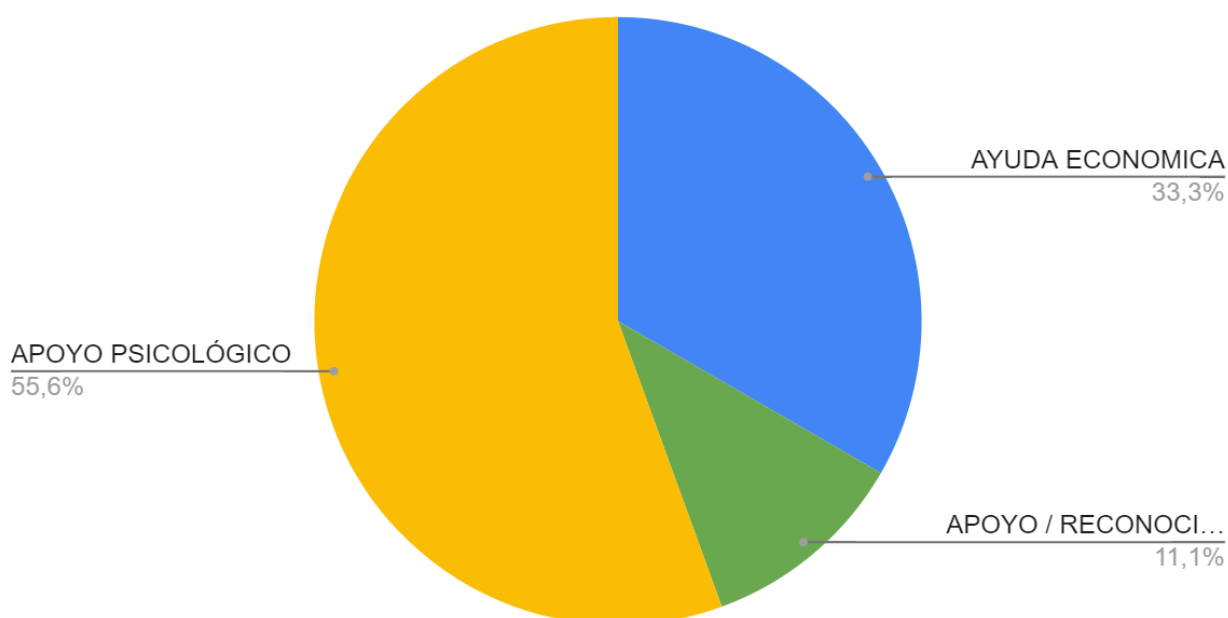
(Gráfico 12)



**Anexo 24: GRÁFICO 13**

RESPUESTAS DÉCIMOTERCER ÍTEM (PRINCIPALES NECESIDADES PERCIBIDAS POR EL CUIDADOR)

PRINCIPALES NECESIDADES PERCIBIDAS POR EL CUIDADOR



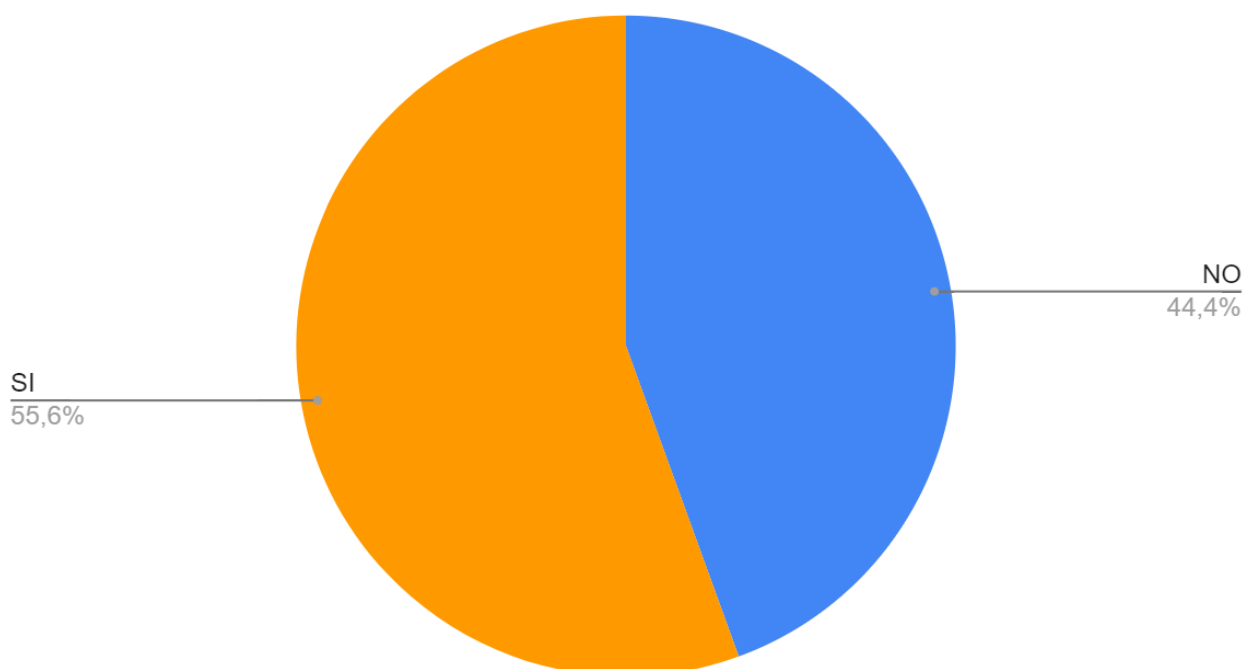
(Gráfico 13)



**Anexo 25: GRÁFICO 14**

RESPUESTAS DÉCIMO CUARTO ÍTEM (¿DESEARÍA DISPONER DE LA AYUDA DE UN CUIDADOR?)

¿DESEARÍA DISPONER DE LA AYUDA DE UN CUIDADOR?



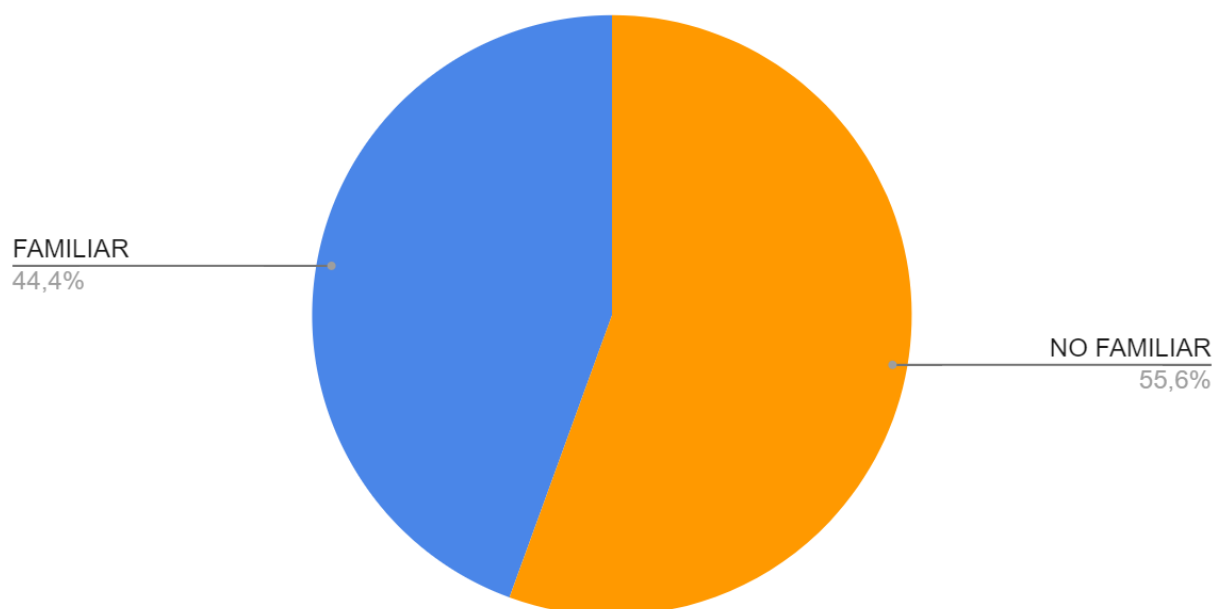
(Gráfico 14)



**Anexo 26: GRÁFICO 15**

RESPUESTAS DÉCIMOQUINTO ÍTEM (¿CÓMO DESEARÍA QUE FUERA LA PERSONA QUE LE AYUDAR EN LOS CUIDADOS?)

¿CÓMO DESEARÍA QUE FUERA LA PERSONA QUE LE AYUDARA EN LOS CUIDADOS?



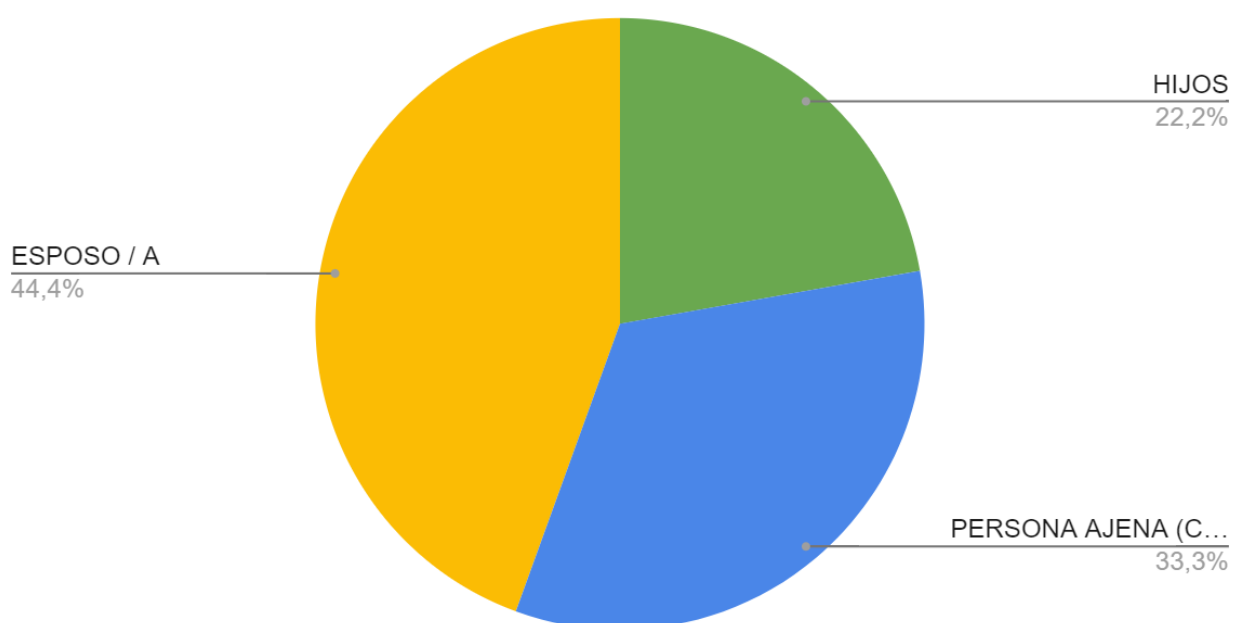
(Gráfico 15)



**Anexo 27: GRÁFICO 16**

RESPUESTAS DÉCIMOSEXTO ÍTEM (¿QUIÉN DESEARÍA QUE LE CUIDARA A USTED?)

EN CASO EN QUE USTED ESTUVIERA ENFERMO, ¿QUIEN DESEARÍA QUE FUERA SU CUIDADOR?



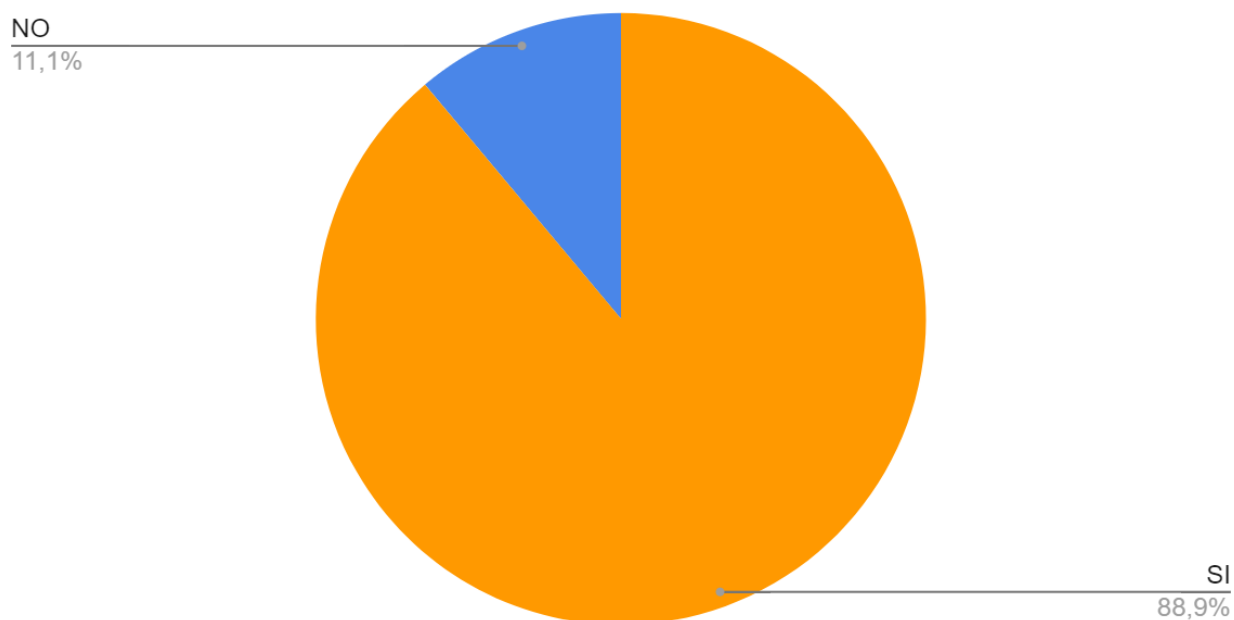
(Gráfico 16)



**Anexo 28: GRÁFICO 17**

RESPUESTAS DECIMOSÉPTIMO ÍTEM (¿CREE QUE ES FUNDAMENTAL QUERER A LA PERSONA DEPENDIENTE PARA CUIDAR DE ELLA?)

¿CREE QUE ES FUNDAMENTAL QUERER A LA PERSONA DEPENDIENTE PARA CUIDAR DE ELLA?



(Gráfico 17)



## 10. Epílogo

### El contacto silencioso

No es el alma. No es una entidad inmaterial, un soplo  
que nos llena el cuerpo: es el cuerpo mismo el misterio,  
es su compleja mirada de venas,  
la sangre que corre a alimentar los órganos,  
escondidos como animales prehistóricos en cuevas tan aisladas  
que solo la enfermedad es capaz de entrar en ellas.  
El contacto de los otros es lo que sana,  
lo que enferma, el sol  
alrededor del cual gira el planeta  
solitario que somos, capturado en la órbita  
de la luz o de la sombra según se acerque  
o se retire de nosotros su calor, como si fuéramos  
el polvo desprendido de otra existencia, la estela que dejó,  
en el nacimiento, la unión indisoluble a la que debimos renunciar  
pero siguió insistiendo en cada amor  
hacia otro cuerpo. Querías que escribiera palabras que pudieran  
hacer lo que hace la música:  
andar sobre el silencio sin dañarlo, ser parte  
del silencio, de las cosas que no deben ser dichas,  
de esas a las que no podemos acercarnos siquiera  
sin que escapen. Yo te dije que lo único  
que se parece a la música es tocar  
y ser tocado, esas partículas  
que se encuentran y se funden, a veces raspándose,  
causándose dolor, desencontrándose, explotando  
una dentro de la otra, porque no hay  
superficie ni interior: adentro es igual que afuera, adentro cae  
el amor o la crueldad que nos damos como en un pozo



del que nada jamás sale. Nos fue dada esa caída  
para que en ella chocáramos, un cuerpo contra el otro,

para que no pudiéramos  
dejar de causarnos una marca:  
nadie está solo una vez que fue marcado, nadie  
puede elegir volver a estar intacto.

*(Claudia Masin: Lo intacto, s. f.)*